СПРАВОЧНИК

ФЕЛЬДШЕРА

СПРАВОЧНИК

ФЕЛЬДШЕРА

Издание третье,
переработанное и дополненное

Под редакцией
члена-корреспондента АМН СССР
А. Н. ШАБАНОВА

DjVu
Оцифровано: 06.07.2021
Оборудование: Фотостанок
Оцифровщик: Hamster Gules

МОСКВА «МЕДИЦИНА» 1983

ББК 53/57
Ш12
УДК 616(031)

Авторский коллектив

проф. Р. С. БАБАЯНЦ, проф. Н. Н. БАЖАНОВ, проф. К. В. БУНИН, В. М. ВОИНОВА, М. Л. ВОЛОВСКАЯ, доцент М. Н. ЖАДОВСКИЙ, проф. Л. А. ИСАЕВА, Т. А. КАРАСЕВА, доктор мед. наук М. Н. КУЗНЕЦОВА, доцент Г. С. КУНИЧЕВА, член-корр. АМН СССР А. Г. ЛИХАЧЕВ, проф. С. А. МЕЛЬНИКОВ, доктор мед. наук В. С. МОИСЕЕВ, доктор мед. наук Т. Н. МОРОЗОВА, канд. мед. наук Н. М. МУСУЛЯК, проф. Т. А. СТАРОСТИНА, проф. А. В. СУМАРОКОВ, канд. мед. наук П. М. САМЫКИН, проф. В. Л. ЧЕРКАСОВ, член-корр. АМН СССР А. Н. ШАБАНОВ, член-корр. АМН СССР Ф. В. ШЕБАНОВ.

Составитель — канд. мед. наук, ст. научн. сотр. Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР И. В. БОГОРАД.

ББК 53/57
Ш12
УДК 616(031)

Справочник фельдшера/Под ред. А. Н. ШАБАНОВА.—3-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1983—432 с.

А. Н. Шабанов — проф., научный консультант кафедры хирургии и травматологии I ММИ им. И. М. Сеченова.

В справочнике освещены основные разделы клинической медицины (внутренние, инфекционные, детские, хирургические, нервные, психические болезни, акушерство и гинекология, болезни органов зрения и ЛОРпатология), сведения по уходу за больными, принципы организации фельдшерско-акушерских пунктов и работы среднего медицинского персонала на участке. При описании болезней в клинической части справочника отражены этиология, патогенез, симптомы, диагностика, лечение и профилактика заболеваний. Изложены вопросы оказания неотложной помощи при острых отравлениях лекарственными, бытовыми и химическими веществами. В 3-м издании (2-е издание вышло в 1976 г.) отражены новые данные в лечении и профилактике болезней, полученные в последние годы.

Справочник рассчитан на фельдшеров, медицинских сестер и акушерок.

С $\frac{4106000000-150}{039(01)-83}$ — 57—83

© Издательство «Медицина», Москва, 1976 г.
© Издательство «Медицина», Москва, 1983 г., с изменениями

ПРЕДИСЛОВИЕ

В многогранной практической деятельности фельдшера постоянно возникают всевозможные ситуации и вопросы, требующие подчас быстрого и четкого решения, специальной информации в различных областях медицины.

Помочь фельдшеру получить необходимую информацию и предназначено новое издание «Справочник фельдшера». Авторы старались охватить широкий круг вопросов, которые наиболее часто приходится решать фельдшеру на участке или в более крупном лечебно-профилактическом учреждении.

Создание подобного справочника — сложная и трудная задача, поскольку в относительно небольшом объеме необходимо осветить основные аспекты многих медицинских специальностей, заболевания, лечебные методы и манипуляции, вопросы профилактики, организации и многое другое.

Материал в пределах каждого раздела излагается в алфавитном порядке. Для удобства пользования в конце справочника помещен предметный указатель. Во избежание повторений в некоторых разделах относящиеся к излагаемой теме болезни не приводятся, а дается ссылка на соответствующий раздел, где они описаны.

Издательство и авторы получили многочисленные отзывы читателей на предыдущее издание справочника, в которых наряду с положительной оценкой высказаны критические замечания и пожелания.

Авторы и редакторы учли эти замечания и внесли необходимые коррективы. Многие разделы справочника дополнены новыми данными с учетом последних достижений медицинской науки и здравоохранения.

Авторы благодарят читателей, приславших письма с замечаниями и пожеланиями; они способствовали улучшению качества справочника. Все замечания и пожелания и впредь будут восприняты с благодарностью. Их следует направлять в редакцию справочной литературы издательства «Медицина» (Москва, Петроверигский пер., д. 6/8).

Член-корр. АМН СССР проф. А. Н. ШАБАНОВ

Кандидат медицинских наук И. В. БОГОРАД

Глава 1

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

АБСЦЕСС ЛЕГКОГО, ГАНГРЕНА ЛЕГКОГО. Абсцесс легкого представляет собой гнойное расплавление участка легкого с последующим образованием одной или нескольких полостей, часто отграниченных от окружающей легочной ткани фиброзной стенкой. Гангрена легкого характеризуется омертвением и гнилостным распадом легочной ткани. Она вызывается анаэробной (гнилостной) инфекцией.

Нагноения легкого чаще всего возникают как осложнение острой пневмонии, бронхоэктазов, а также при попадании в бронхи инородного тела, ранениях легкого, опухолях. Реже инфекция попадает в легкое из отдаленных очагов воспаления гематогенно или по лимфатическим сосудам.

Острый абсцесс легкого до вскрытия в дренирующий бронх проявляется лихорадкой с потом, ознобом, недомоганием, сухим кашлем, иногда болями в груди неопределенного характера. После прорыва полости в бронх появляется кашель, сопровождающийся выделением гнойной мокроты с неприятным запахом, иногда с примесью крови. До опорожнения абсцесса может определяться притупление перкуторного звука и ослабление дыхания в зоне поражения. После образования полости над ней выслушиваются звонкие крупнопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание с амфорическим оттенком. При перкуссии можно обнаружить звук с тимпаническим оттенком. До образования полости диагностика абсцесса легкого трудна. Легочное нагноение следует подозревать при затянувшейся пневмонии с длительным повышением температуры тела и стойким лейкоцитозом. При прорыве абсцесса в бронх рентгенологически в бывшем участке затемнения обнаруживается полость.

Лечение: пенициллин до 1 500 000 ЕД/сут в/м, желательно в комбинации со стрептомицином — 500 000—1 000 000 ЕД. Если эффект в течение нескольких дней отсутствует, применяют антибиотики широкого спектра действия: сигмамицин, цепорин и др. Показано назначение отхаркивающих средств. При расположении абсцесса в нижних долях целесообразно проводить дренаж положением, приподнимая ножной конец кровати. Своевременно начатое лечение обычно приводит к выздоровлению. При неэффективности лечения в течение 6—8 нед больного необходимо госпитализировать в хирургический стационар для проведения бронхоскопического дренажа или операции.

Гангрена легких встречается редко, отличается тяжелым течением, выраженной интоксикацией, откашливанием шоколадного цвета мокроты со зловонным запахом. Назначают антибиотики широкого спектра действия парентерально; при их неэффективности показано оперативное лечение.

Хронический абсцесс легкого возникает как исход неблагоприятного течения острого абсцесса или бронхоэктазов. Он имеет более плотную капсулу с развитием фиброза легочной ткани вокруг него. У больного наряду с признаками полости в легких обнаруживают повышение температуры, кашель с гнойной мокротой, пальцы в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол. Болезнь течет волнообразно, с периодическими обострениями — с высокой лихорадкой, увеличением количества типичной трехслойной мокроты. При длительном течении возможны осложнения: амилоидоз, кахексия, септикопиемия с абсцессом мозга и др.

Лечение. При обострении хронического абсцесса лечебные мероприятия аналогичны применяемым при остром абсцессе. Лучшие результаты отмечаются при введении антибиотиков непосредственно в очаг поражения через катетер или в виде аэрозолей. Для лучшего отхождения мокроты показаны ферментные препараты типа трипсимуск, бронхорасширяющие средства. Назначают высококалорийную диету с добавлением витаминов.

Профилактика абсцесса — своевременное энергичное лечение инфекции дыхательных путей, особенно пневмонии, предупреждение аспирации, особенно после травм, операций и т. д.

АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ см. главу «Хирургические болезни».

АВИТАМИНОЗЫ (гиповитаминозы). **Недостаточность витамина А.** Витамин А относится к жирорастворимым витаминам и содержится в мясной и молочной пище. В виде провитамина каротина содержится в моркови, томатах, абрикосах. Суточная потребность — 1,5—2 мг. Гиповитаминоз А обычно обусловлен нарушением всасывания жиров и жирорастворимых продуктов при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, особенно тонкого кишечника. Возможно развитие

«куриной слепоты», ухудшение зрения в темноте с нарушением цветового зрения, сухость кожи и слизистых оболочек, особенно глазного яблока. При этом встречаются различные инфекционные осложнения — фурункулез, трахеобронхит, цистит. Реже, в тяжелых случаях могут развиться психические нарушения, анемия.

Лечение. В легких случаях гиповитаминоза А назначают препарат витамина А — ретинола ацетат внутрь или в/м по 50 000—100 000 МЕ масляного раствора. Профилактика гиповитаминоза А заключается в употреблении разнообразной пищи, содержащей витамин А или каротин, или назначении малых доз препарата витамина А — 3000—5000 МЕ.

Недостаточность витамина B_1 (тиамин) — болезнь бери-бери. Витамин B_1 относится к водорастворимым витаминам и содержится в хлебе, дрожжах, крупах, горохе, желтке яиц. Суточная потребность 2—3 мг. Гиповитаминоз B_1 в тяжелой форме чаще всего встречается в некоторых жарких странах. Проявления авитаминоза возможны при заболеваниях тонкого кишечника с нарушением всасывания, хроническом алкоголизме. Болезнь характеризуется признаками неврастении со слабостью, утомляемостью, нарушением памяти и сна, болями в области сердца. Типично поражение периферической нервной системы — полиневрит вплоть до развития параличей, дистрофия миокарда с сердечной недостаточностью.

Лечение: тиамина бромид по 1 мл 6 % или 5 % раствора в/м ежедневно. В более легких случаях витамин B_1 в виде порошка или драже внутрь по 2 мг 3—5 раз в день.

Недостаточность витамина B_2 (рибофлавин). Этот водорастворимый витамин содержится в желтке яиц, молочных продуктах, дрожжах, хлебе, крупах. Суточная потребность 2,5—3,5 мг. Его усвоение нарушается при хронических энтеритах, заболеваниях печени, хроническом алкоголизме. При гиповитаминозе B_2 отмечаются ангулярный стоматит («заеды» в углах рта), дистрофические изменения кожи с поражением носогубных складок, крыльев носа, ушей, мошонки. Эти участки кожи выглядят покрасневшими, шелушащимися, кожа имеет сальный вид. Могут развиться анемия, поражение глаз (понижение световой чувствительности и сумеречного зрения, очаговые помутнения роговицы), глоссит.

Лечение: рибофлавина-мононуклеотид по 0,5—1 мл 1 % раствора в/м или рибофлавин по 0,005—0,01 г внутрь 3 раза в день в течение 2—3 нед.

Недостаточность витамина РР (никотиновая кислота, витамин B_3) — пеллагра. Этот водорастворимый витамин оказывает непродолжительное сосудорасширяющее и гипотензивное действие. Он содержится в мясе, рыбе, гречневой крупе, орехах, хлебе и других продуктах. Суточная потребность 15—20 мг. Пеллагра развивается при недостаточном белковом питании или при частых поносах, циррозе печени, хроническом алкоголизме. Характерна триада признаков: поражение кожи (дерматит), желудочно-кишечного тракта (диарея), ЦНС (деменция, депрессия). Болезнь начинается с развития энтерита с частым жидким стулом, иногда с появлением крови в кале. Поражение кожи может протекать по типу острой эритемы с развитием пузырьков, иногда с мацерацией, или развивается более медленно с гиперпигментацией, образованием трещин в области коленных, локтевых сгибов. Изменения нервной системы возникают позже в виде энцефалопатий с нарушением психики.

Лечение: никотиновая кислота внутрь по 0,02—0,1 г 2—4 раза в день или 1 % раствор по 1 мл 1—2 раза в день в/м или в/в. Лечение продолжается 15—20 дней.

Недостаточность витамина B_6 (пиридоксин). Этот водорастворимый витамин содержится в печени, мясе, рыбе, овощах, дрожжах. Суточная потребность 2 мг. Заболевание встречается вследствие нарушения всасывания, а также при инактивации некоторыми лекарствами (в частности, противотуберкулезными). Развивается поражение кожи в виде себорейного дерматита, глоссит, периферическая нейропатия, лимфопения. У детей могут быть судороги, анемия.

Лечение: пиридоксина гидрохлорид по 1 мл 2,5—5 % раствора в/м или под кожу; можно назначать внутрь по 2—10 мг 2—3 раза в день.

Недостаточность витамина С (аскорбиновая кислота) — цинга. Суточная потребность 75—100 мг. Аскорбиновая кислота содержится в значительных количествах в цитрусовых, арбузах, черной смородине, томатах, картофеле, капусте. Недостаточность витамина С встречается при однообразном питании с малым содержанием свежих овощей и фруктов. Повышенная потребность в витамине С наблюдается при беременности, в период кормления ребенка грудью, при тиреотоксикозе, инфекциях. Основными признаками гиповитаминоза С являются симптомы геморрагического диатеза. Вначале отмечают кровоточивость десен, точечные кровоизлияния на коже, особенно при ее сдавлении. В дальнейшем количество геморрагических высыпаний увеличивается. Они располагаются вокруг волосяных фолликулов в основном на разгибательных поверхностях и на животе. В тяжелых случаях наблюдаются массивные болезненные кровоизлияния под кожей, а также в толще мышц, особенно часто в икроножных. Кроме того, возможно развитие анемии, лихорадки, тахикардии, гипотонии, а также гемартрозов и гемоперикарда.

Лечение. При появлении признаков заболевания вводят витамин С — 5—10 % раствор по 5 мл в/в и витамин Р (рутин) по 0,02 г внутрь 3 раза в день. При улучшении состояния аскорбиновую кислоту назначают внутрь по 0,3—0,5 г 3 раза в день до исчезновения симптомов болезни.

Профилактика гиповитаминоза С состоит в регулярном употреблении в пищу продуктов, содержащих витамин С; если это затруднено (например, в районах Крайнего Севера), целесообразно применение небольших доз витамина С (по 30 мг 3 раза в день) или настоя шиповника и хвои; сироп шиповника принимают по 1 чайной ложке.

Недостаточность витамина D — рахит — встречается преимущественно у детей. У взрослых развивается при заболеваниях, сопровождающихся нарушением всасывания в тонком кишечнике, или в период беременности и лактации, недостатке солнечного облучения. При этом может развиться остеомаляция позвоночника, костей таза, реже — костей нижних конечностей. Возможно возникновение гипокальциемии вплоть до появления так называемой рахитической тетании. У взрослых следует проводить дифференциальный диагноз с гиперпаратиреоидозом, возрастным остеопорозом, поражением костей и гипокальциемией, обусловленными миеломной болезнью, хронической почечной недостаточностью.

Л е ч е н и е: употребление препарата витамина D — эргокальциферола по 10 000—50 000 МЕ 2—3 раза в сутки в виде капель масляного или спиртового раствора. В 1 мл масляного раствора содержится 50 000 МЕ, в 1 капле — 1250 МЕ, в 1 мл спиртового раствора — 200 000 МЕ, в 1 капле — 4000 МЕ.

П р о ф и л а к т и к а гиповитаминоза D состоит в достаточном употреблении продуктов, содержащих этот витамин, в частности яиц, печени и жира рыб, сливочного масла и т. д.

АГРАНУЛОЦИТОЗ характеризуется значительной нейтропенией, что сопровождается нередко некротическим изъязвлением слизистой оболочки рта, лихорадкой, слабостью. Агранулоцитоз чаще является следствием аллергической реакции на лекарства и сочетается иногда с другими проявлениями лекарственной болезни (см.). Может возникать при приеме амидопирина, левомицетина, передозировке лекарств, оказывающих цитостатическое действие (меркаптопурин, винбластин), в отдельных случаях развивается при лучевых воздействиях.

В основе клинических проявлений агранулоцитоза лежит снижение сопротивляемости организма к инфекции. При этом у больных с клиническими проявлениями другого заболевания, по поводу которого назначено соответствующее лекарство, остро развиваются общая слабость, недомогание, появляются озноб, лихорадка. Характерно появление признаков ангины, язвенно-некротического поражения слизистой оболочки рта, гортани с увеличением лимфатических узлов. Состояние больного может быстро ухудшиться вплоть до адинамии, нарушения сознания. Диагностическое значение имеет исследование крови. В крови обнаруживают отсутствие нейтрофилов и эозинофилов.

Л е ч е н и е. Прежде всего отменяют препарат, который подозревается в качестве причины болезни. Назначают противоинфекционную терапию антибиотиками. Применяют кортикостероиды (например, преднизолон по 20—40 мг/сут), переливание крови, лейкоцитной массы. Вводят обезболивающие, седативные средства, включая промедол. Необходимо местное лечение язвенных поражений в полости рта путем полоскания 2 % раствором натрия гидрокарбоната. В более легких случаях, когда нейтропения обнаружена до появления существенных клинических признаков, можно ограничиться постельным режимом, высококалорийной диетой с добавлением витаминов, назначением пентоксила.

Для п р о ф и л а к т и к и агранулоцитоза при лечении препаратами, вызывающими лейкопению (амидопирин, бутадион, тиреостатические средства), целесообразно чаще контролировать состав периферической крови. Следует всегда опрашивать больного о переносимости лекарств в прошлом, избегать назначения тех из них, к которым ранее наблюдалась повышенная чувствительность.

АДАМСА—СТОКСА—МОРГАНЬИ СИНДРОМ см. *Аритмии сердца.*

АДДИСОНА БОЛЕЗНЬ, ХРОНИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НАДПОЧЕЧНИКОВ — постепенно развивающееся заболевание. Проявляется нарастающей слабостью, патологической пигментацией кожи и слизистых оболочек, гипотонией, гипогликемией. Проявление болезни зависит от недостатка в организме гормонов коры надпочечников, как глюкокортикоидов, так и минералокортикоидов. Болезнь чаще развивается в связи с атрофией коры надпочечников, причем развитию клинических проявлений нередко предшествуют травма, психическое перенапряжение. Возможно также поражение надпочечников в связи с туберкулезом, опухолью, амилоидозом.

Больные отмечают постепенно нарастающую слабость, утомляемость. У большинства из них выявляются нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: потеря аппетита, тошнота, рвота, боли в животе, похудание. Характерно снижение силы мышц, апатия, иногда психоз. Наряду с дегидратацией отмечаются гипотония, тахикардия. В крови — гипогликемия, гиперкалиемия, небольшое повышение азотистых шлаков. Существенным, однако необязательным, признаком аддисоновой болезни является гиперпигментация кожи и слизистых оболочек, связанная с отложением меланина, напоминающая темный загар. Эта пигментация наиболее выражена в складках кожи, в местах, подвергающихся трению и давлению. Проявления болезни усиливаются во время травмы, инфекции, когда могут возникнуть так называемые адреналовые кризы. При этом возможны резкие боли в животе, адинамия, коллапс.

Лабораторная диагностика надпочечниковой недостаточности трудна. Она требует введения АКТГ с последующим определением в моче различных стероидных соединений, количество которых у больных аддисоновой болезнью мало меняется по сравнению с исходным периодом.

Л е ч е н и е. В легких случаях надпочечниковой недостаточности ограничиваются введением хлорида натрия до 10 г/сут и аскорбиновой кислоты по 0,5 г 2 раза в день. В более тяжелых случаях назначают преднизолон по 10—20 мг/сут, иногда в сочетании с дезоксикортикостерона ацетатом. При кризе — гидрокортизон в дозе 100—200 мг в/м или в/в с назначением преднизолона внутрь. Парентерально вводят 1,5—2 л жидкости в виде изотониче-

ского раствора хлорида натрия и 5 % раствора глюкозы. При неукротимой рвоте вводят гипертонический раствор хлорида натрия. Назначают также дезоксикортикостерона ацетат (2 мл 0,5 % раствора в/м), сосудистые средства (кордиамин, при выраженном снижении давления — норадреналин).

АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ связан с избыточным выделением корой надпочечников мужских половых гормонов. Это может быть связано как с опухолью коры надпочечников, так и в ряде случаев с усиленным выделением гипофизом гормонов, стимулирующих функцию надпочечников. При этом у женщин развиваются нарушения менструального цикла, появляются признаки оволосения по мужскому типу (вырастают борода, усы, волосы на туловище), атрофируются молочные железы. При обследовании таких больных обнаруживают увеличенное выделение с мочой 17-кетостероидов. При выявлении опухоли у таких больных необходимо оперативное лечение.

АКРОМЕГАЛИЯ характеризуется патологическим ростом костей, мягких тканей, внутренних органов чаще с нарушением нормальных пропорций тела. Болезнь связана с увеличением секреции гормона роста передней долей гипофиза, при его аденоме или поражении гипоталамуса, выделяющего вещества, стимулирующие функцию гипофиза. При этом изменяется внешний вид больного: увеличиваются нос, уши, нижняя челюсть, конечности. При увеличении мягких тканей утолщаются кожа и подкожная клетчатка, лицо приобретает грубые черты, выдаются вперед надбровные дуги. Кисти и ступни становятся широкими. На ранних стадиях развития болезни симптомы не специфичны, имеются утомляемость, слабость, потливость и нарушение сердечной деятельности. На поздней стадии могут наблюдаться симптомы, вызванные давлением внутричерепной опухоли (головная боль, нарушение зрения, головокружение). Акромегалия обычно способствует расстройству различных видов обмена, например с развитием сахарного диабета, гиперфункции коры надпочечников и т. д. Акромегалия может длительное время протекать доброкачественно. При необходимости проводят лечение с помощью лучевой терапии, которая задерживает прогрессирование болезни. Проводят симптоматическую терапию в связи с сопутствующим нарушением различных видов обмена.

АКТИНОМИКОЗ ЛЕГКИХ см. главу «Хирургические болезни».

АЛЛЕРГИЯ см. *Анафилактический шок. Отек Квинке. Крапивница.*

АМИЛОИДОЗ характеризуется отложением в различных органах особого гликопротеина — амилоида, который возникает в результате нарушения белкового обмена. Чаще всего амилоидоз развивается как осложнение хронических заболеваний, связанных с инфекцией и протекающих часто с нагноением (туберкулез, бронхоэктазы, остеомиелит), а также некоторых неинфекционных заболеваний (ревматоидный артрит, лимфогранулематоз, миеломная болезнь). В редких случаях встречается так называемый первичный амилоидоз, при котором предрасполагающее заболевание отсутствует. У таких больных заболевание может иметь семейный характер. При вторичном процессе амилоид чаще всего накапливается в печени, селезенке, надпочечниках, особенно в почках. У больного с характерными проявлениями основной патологии, обычно при длительном ее течении, начинают обнаруживать увеличение печени, селезенки, появляется протеинурия. Клинически наибольшее значение имеет поражение почек, при котором может возникнуть нефротический синдром (см.), а при прогрессировании болезни развивается хроническая почечная недостаточность (см.). Последняя нередко протекает на фоне низкого АД, что связано с сопутствующим поражением надпочечников. При первичном амилоидозе обычно поражаются сердце с аритмиями, нарушениями проводимости и прогрессирующей сердечной недостаточностью, желудочно-кишечный тракт с диспепсическими явлениями, кожа, легкие. Характерен большой плотный язык. Диагноз амилоидоза подтверждают морфологически при биопсии слизистой оболочки десны, языка.

Лечение и профилактика направлены на активную терапию основного заболевания с применением при необходимости хирургического вмешательства (например, при остеомиелите, бронхоэктазах). Проводят длительное лечение сырой печенью по 80—100 г/сут, препаратами типа хингамина (резохин, делагил, хлорохин).

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК — остро протекающее состояние аллергического характера, возникающее у предварительно сенсибилизированных лиц при повторном введении различных лекарств, сывороток, средств, применяемых при диагностических процедурах. В основе реакции лежит высвобождение в организме большого количества веществ, приводящих к быстрому расширению сосудов, увеличению проницаемости капиллярных стенок с переходом жидкости из сосудистого русла в ткани, с уменьшением объема плазмы. Клинически через 1—2 мин после введения аллергена быстро ухудшается общее состояние, возникает слабость, иногда возбуждение. Может наступить покраснение кожи, одновременно отмечаются сердцебиение с тахикардией, кашель, затрудненное дыхание. Быстро развивается коллапс с выраженным падением АД, потерей сознания, нередко заканчивающийся смертью.

Лечение состоит в немедленном введении адреналина — 1 мл 0,1 % раствора под кожу или медленно в/в на изотоническом растворе хлорида натрия. После этого производят капельное введение гидрокортизона или преднизолона в дозе 30—60 мг. При отсутствии положительной динамики в состоянии больного капельное введение гидрокортизона или преднизолона повторяют или продолжают, вводя преднизолон в дозе до 150—200 мг/сут. Целесообразно также внутривенное введение плазмозамещающей жидкости, например полиглюкина. Повторно вводят мезатон, адреналин.

АНГИНА см. главу «Болезни уха, горла, носа».

АНЕВРИЗМА АОРТЫ см. *Атеросклероз.*

АНЕВРИЗМА СЕРДЦА см. *Инфаркт миокарда.*

АНЕМИИ характеризуются уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина в крови, могут быть обусловлены кровопотерей, недостатком в организме железа, витамина B_{12}, фолиевой кислоты и почечных гемопоэтинов, повышенным гемолизом, аплазией костного мозга. Проявления анемии зависят от ее выраженности, а также от характера основного заболевания, вызвавшего ее. Обычно наблюдается слабость, утомляемость, одышка при физическом напряжении, головокружение, бледность кожи и видимых слизистых оболочек, сердцебиение, тахикардия. При длительном течении может развиться миокардиодистрофия с увеличением размеров сердца, функциональным систолическим шумом вплоть до развития сердечной недостаточности с застойными явлениями. Многим анемиям сопутствуют диспепсические явления. У лиц пожилого возраста может развиться обострение коронарной недостаточности.

Анемия от острой кровопотери может развиться при травме, кровотечении, обусловленном язвенной болезнью, раком желудка, портальной гипертонией, геморрагическими диатезами, гинекологическими заболеваниями. В более редких случаях болезнь начинается острым кровотечением, иногда не вполне ясной локализации. В таких случаях быстро нарастают клинические проявления с характерными общими симптомами анемии и острой сосудистой недостаточностью (см.) в результате уменьшения массы циркулирующей крови. Могут быть диспепсические явления, судорожное подергивание. Обычно даже в случае быстрой остановки кровотечения снижение уровня гемоглобина продолжается еще 1—2 дня в связи с разведением крови за счет компенсаторного поступления в сосудистое русло тканевой жидкости. Спустя еще 2—3 дня в крови повышается число молодых форм эритроцитов (ретикулоцитов).

Лечение должно быть направлено на остановку кровотечения. Одновременно производят переливание крови и кровезамещающих жидкостей. В дальнейшем необходимо полноценное питание, назначение препаратов железа внутрь.

Хроническая постгеморрагическая анемия возникает при систематической (по-видимому, ежедневной), хотя часто не заметной для больного, кровопотере, например при геморрое, некоторых гинекологических заболеваниях. Эта анемия связана с дефицитом железа (имеет значение также недостаточное его поступление или усвоение). Помимо признаков анемии, описанных выше, могут развиться симптомы недостатка железа в виде сухости кожи и слизистых оболочек, трофических изменений ногтей и волос, нарушения обоняния, вкуса (стремление к употреблению необычных продуктов, например, мела, глины). При исследовании крови выявляется более выраженное снижение уровня гемоглобина с уменьшением цветового показателя до 0,5. Содержание железа в сыворотке обычно понижено [в норме оно составляет 9—27 мкмоль/л (50—150 мкг/%)]. Недостаточное поступление и усвоение железа может быть обусловлено поражением желудка, часто протекающим с ахилией.

Лечение и профилактика требуют прежде всего ликвидации источника кровотечения. Назначают пищевые продукты, богатые железом (мясо, зеленые овощи), а также препараты железа внутрь после еды, например восстановленное железо по 1 г в капсулах 3 раза в день или лактат железа по 1 г в капсулах 2—3 раза в день. При нарушении всасывания препараты железа вводят парентерально.

Анемия вследствие недостатка в организме витамина B_{12} и фолиевой кислоты бывает при нарушении всасывания этих веществ в желудке в результате отсутствия гастромукопротеина. Дефицит витамина B_{12} бывает также при нарушении его всасывания при заболеваниях тонкого кишечника, гельминтозах (дифиллоботриоз), при повышении потребности в нем во время беременности. При этой патологии нередко бывают выражены диспепсические явления (потеря аппетита, тошнота, рвота, понос, боли в животе), у больных часто снижается масса тела. При обследовании язык темно-красного цвета со сглаженными сосочками. Печень и селезенка могут быть несколько увеличены. Характерны нарушения ЦНС с ухудшением памяти, понижением рефлексов, парестезиями, атаксией. При специальном обследовании в желудке обнаруживают гистаминоустойчивую ахилию. При исследовании крови находят гиперхромную анемию с увеличением цветового показателя до 1,3 и выше; в периферической крови появляются миелобласты и миелоциты. Диагноз можно подтвердить увеличением числа ретикулоцитов в крови на 4—10-й день лечения витамином B_{12}.

Лечение. В тяжелых случаях при поражении ЦНС вводят витамин B_{12} до 1000 мкг 2 раза в течение 1-й недели, а затем по 200 мкг 1 раз в неделю до нормализации крови. При более легком течении назначают 50—100 мкг витамина B_{12} 2 раза в неделю до наступления ремиссии, после чего переходят на поддерживающее лечение — по 100 мкг 1—2 раза в месяц. Обычно одновременно назначают другие витамины группы В. Целесообразно применение желудочного сока, препаратов железа.

Прогноз хороший, однако следует иметь в виду, что при желудочной ахилии требуется регулярный рентгенологический контроль желудка.

Гемолитические анемии возникают при преждевременном и ускоренном разрушении эритроцитов в кровеносном русле или в клетках ретикулоэндотелиальной системы (селезенка, лимфатические узлы). При этом, помимо анемии и желтухи с увеличением содержания непрямого билирубина в крови и повышенным выделением продуктов его обмена в моче и кале (уробилиноген, стеркобилин), обычно имеется ретикулоцитоз, отражающий усиленное кроветворение. Гемолиз может протекать остро в виде криза и хронически. Выделяют врожденные и приобретенные формы гемоли-

тической анемии. Из врожденных анемий наибольшее значение имеет семейная гемолитическая желтуха, которая наряду с общими признаками гемолиза характеризуется микросфероцитозом (появление мелких шаровидных эритроцитов), пониженной осмотической резистентностью эритроцитов и может сочетаться с другими аномалиями развития — башенным черепом, высоким небом, шестипалостью и т. д. Характерным признаком этой формы является увеличение селезенки. Болезнь обычно протекает хронически, как правило, доброкачественно, но могут быть и тяжелые кризы с падением уровня гемоглобина до 33 г/л и ниже. В тяжелых случаях назначают стероидные гормоны и производят спленэктомию, переливание крови не показано. Врожденная гемолитическая анемия может быть связана с недостатком некоторых ферментов в эритроцитах, например, глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы. Гемолиз у таких больных может возникнуть после приема некоторых лекарств (сульфаниламиды). Гемолиз возникает также вследствие патологического строения гемоглобина, когда развивается гемоглобинопатия (талассемия, серповидно-клеточная анемия).

Приобретенная гемолитическая анемия может протекать остро и хронически. К острым относятся анемия новорожденных (при резус-конфликте), посттрансфузионные, токсические (от воздействия мышьяковистого водорода) анемии, холодовая и маршевая гемоглобинурия. Хронически протекают аутоиммунная гемолитическая анемия, при которой обнаруживают антитела к эритроцитам, и болезнь Маркиафавы — Микели (хроническая гемолитическая анемия с пароксизмальной ночной гемоглобинурией). Гемолиз иногда сопутствует другим заболеваниям кроветворной системы (лимфолейкоз). При приобретенных формах болезни чаще показано применение стероидных гормонов.

Апластическая или гипопластическая анемия обычно сочетается с лейкопенией и тромбоцитопенией (панмиелофтиз) и обусловлена тотальным поражением всех ростков костного мозга. Заболевание нередко возникает в результате повышенной чувствительности к некоторым лекарственным веществам (левомицетин, бутадион, тиоурацил). Течение чаще острое. При этом симптомы анемии сочетаются с агранулоцитозом (см.) и геморрагическим синдромом в результате тромбоцитопений (см. *Геморрагические диатезы*). При исследовании крови эритроциты сохраняют нормальную форму и окраску, ретикулоцитоз отсутствует, молодые формы не обнаруживаются также и в пунктате костного мозга.

Лечение и профилактика см. *Агранулоцитоз.*

АНУРИЯ — прекращение выделения мочи в результате нарушения проходимости мочевыводящих путей или поражения почек. Прекращение мочеобразования в почках может быть обусловлено как поражением почечной паренхимы при остром нефрите или остром токсическом поражении почек, так и нарушением почечного кровотока в результате острой сосудистой недостаточности (шок), тромбоза почечных сосудов. При анурии, обусловленной закупоркой мочевыводящих путей, препятствие может локализоваться выше и ниже мочевого пузыря. Если оно локализуется ниже (например, при аденоме предстательной железы), то обнаруживают тупость при перкуссии над лобком за счет большого количества мочи в пузыре. В этих случаях показана катетеризация мочевого пузыря, а при необходимости — наложение надлобкового свища.

АРИТМИИ СЕРДЦА. К этой патологии относят все изменения деятельности сердца, связанные с нарушением функции автоматизма, возбудимости и проводимости сердца, причем в некоторых случаях правильный ритм сокращения сердца может быть сохранен. Аритмии могут возникать практически при всех органических заболеваниях сердца. Они могут быть также обусловлены вегетативными (экстракардиальными) влияниями. В развитии их определенное значение придают нарушениям обмена электролитов, прежде всего ионов калия и кальция, а также катехоламинов (адреналин, норадреналин) в миокарде.

Синусовые брадикардия, тахикардия, аритмия. При синусовой брадикардии число сердечных сокращений уменьшено до 60 и меньше в минуту, что свойственно хорошо тренированным спортсменам. Она может наблюдаться при микседеме, желтухах, повышении внутричерепного давления. При числе сердечных сокращений ниже 40 в минуту следует исключить полную предсердно-желудочковую блокаду сердца, которая диагностируется по ЭКГ.

Синусовая тахикардия сопровождается увеличением числа сокращений сердца до 90 и более в минуту и наблюдается весьма закономерно при физическом напряжении, волнении, а в условиях патологии — при лихорадке, тиреотоксикозе, сердечной недостаточности, интоксикациях, шоке и коллапсе, выраженной неврастении, причем больные нередко предъявляют жалобы на сердцебиение. Учащение сердечного ритма свыше 130—140 в минуту заставляет подозревать пароксизмальную тахикардию.

Синусовая аритмия, связанная с дыханием, является физиологической особенностью детского и юношеского возраста. Появление ее у взрослых при форсированном дыхании прогностически благоприятно. Однако синусовая аритмия, не связанная с дыханием, свидетельствует о заболевании сердца.

Лечение. Для уменьшения синусовой брадикардии при необходимости можно назначать внутрь атропин в каплях. При выраженной синусовой тахикардии, помимо терапии основного заболевания, дополнительно применяют хлорид калия, а при отсутствии противопоказаний (сердечная недостаточность, бронхиальная астма) — анаприлин (обзидан, индерал).

Экстрасистолия характеризуется преждевременным возбуждением и сокращением сердца в результате появления дополнительного очага повышенной возбудимости в сердечной мышце. После такого преждевременного сокращения очередной импульс, возникающий в синусовом узле, не реализуется, и поэтому

следует более длинная (компенсаторная) пауза, которую больные нередко ощущают, предъявляя жалобы на «замирания», перебои в работе сердца. Экстрасистолы, нарушающие ритмическую деятельность сердца, могут обнаруживаться при исследовании пульса или при выслушивании сердца. Экстрасистолы могут возникать редко, быть единичными. Однако иногда они появляются после каждого синусового сокращения (бигеминия) или после каждого второго сокращения (тригеминия). При особенно выраженной патологии сердца несколько экстрасистол могут следовать одна за другой (групповая экстрасистолия). Помимо этого, серьезное клиническое значение имеют ранние экстрасистолы, возникающие очень быстро вслед за предшествующим сокращением, и политопные экстрасистолы, при которых имеется несколько очагов возбуждения, уточнение локализации которых (предсердия, желудочки) возможно только при электрокардиографическом исследовании. Экстрасистолы могут возникать при всех органических заболеваниях сердца, прежде всего при ишемической болезни, пороках, передозировке сердечных гликозидов и т. д. Однако во многих случаях экстрасистолы отмечаются и у лиц без органической патологии сердца, прежде всего при неврастении, климактерическом неврозе.

Лечение. При отсутствии жалоб у лиц без органического поражения сердца специального лечения не требуется. При неврастении показаны седативные и транквилизирующие средства (препараты брома, валерианы, хлордиазепоксид, диазепам). У таких больных, а также при органическом поражении сердца, особенно при ранних экстрасистолах, показано применение анаприлина (индерал), препаратов калия, верапамила (изоптин), лидокаина. Особенно важно проводить это лечение при остром инфаркте миокарда, сопровождающемся ранними экстрасистолами.

Пароксизмальная тахикардия характеризуется приступами выраженной тахикардии (ритм достигает 140—190 в минуту), которые чаще начинаются и кончаются внезапно. Приступы длятся от 1—2 мин до 2 нед и более. Пароксизмы тахикардии сопровождаются ощущением сильного сердцебиения, стеснения в груди, слабостью, потливостью. При длительном приступе, особенно у больных с предшествующим тяжелым поражением сердца, может возникнуть и прогрессировать сердечная недостаточность с застоем крови в малом и большом круге. При пароксизмальной тахикардии очаг возбуждения (водитель ритма) располагается вне синусового узла. Большое клиническое значение с точки зрения назначения терапии имеет уточнение локализации водителя ритма. По месту его локализации выделяют предсердную, атриовентрикулярную (узловую) и желудочковую формы пароксизмальной тахикардии. Уточнение локализации водителя ритма при пароксизмальной тахикардии производят по ЭКГ. При частых повторных пароксизмах тахикардии водитель ритма обычно один и тот же. Чаще всего пароксизмальная тахикардия наблюдается при органических заболеваниях сердца, прежде всего атеросклеротическом кардиосклерозе, митральных пороках и т. д. Но во многих случаях не удается установить органического поражения, особенно при наджелудочковой пароксизмальной тахикардии.

Лечение. При наджелудочковой (узловой, предсердной) пароксизмальной тахикардии можно пытаться купировать приступ надавливанием или массажем места бифуркации общей сонной артерии. Сначала прижимают к позвоночнику правую сонную артерию, при неэффективности — левую. Применение этого приема недопустимо у больных пожилого возраста со склеротически измененными сонными артериями. Иногда эффективны и рекомендуются натуживание при глубоком вдохе, зажатом носе, искусственно вызванная рвота (воздействие, вызывающее раздражение блуждающего нерва). Лекарственное лечение всех форм пароксизмальной тахикардии желательно начинать с однократного введения большой дозы хлорида калия внутрь (5—10 г растворить в 100 мл воды), введения анаприлина — 40—60 мг внутрь или 5—10 мг в/в, при отсутствии эффекта у больных с наджелудочковой тахикардией вводят строфантин — 0,5 мл 0,05 % раствора в/в. У больных желудочковой тахикардией весьма эффективен новокаинамид — 5—10 мл 10 % раствора в/м или в/в медленно, аймалин — 50 мг в/м или в/в. Для лечения суправентрикулярных тахикардий иногда применяют наряду с анаприлином большие дозы седативных препаратов типа валокордина. При неэффективности указанной медикаментозной терапии возможно применение электроимпульсного лечения, которое не следует откладывать при длительном приступе. При частых приступах тахикардии для их предупреждения применяют те же антиаритмические препараты внутрь, однако в меньших дозах, например анаприлин, верапамил, амиодарон по 20—40 мг/сут.

Мерцательная аритмия возникает обычно в результате мерцания предсердий, при котором общая систола предсердий заменена беспорядочным возбуждением и сокращением отдельных его мышечных волокон или их групп. Значительно реже возникает так называемое трепетание предсердий, при котором они сокращаются с частотой до 300 в минуту без диастолической паузы, однако лишь часть (каждый третий, каждый четвертый и т. д.) этих импульсов проводится на желудочки. При мерцании предсердий желудочковые сокращения аритмичные, что определяется по пульсу или при аускультации сердца в виде беспорядочных сердечных сокращений. При трепетании предсердий может сохраняться правильный ритм сердца. При мерцательной аритмии часть сердечных сокращений при слабом наполнении желудочков неэффективна, т. е. сопровождается малым сердечным выбросом и отсутствием пульсовой волны. В результате этого число сердечных сокращений будет больше, чем число пульсовых волн (дефицит пульса). Отрицательное воздействие на кровообращение при мерцательной аритмии обусловлено выпадением сокращений предсердий, что

уменьшает наполнение желудочков, а также нарушением желудочкового ритма. Мерцательная аритмия встречается чаще всего при атеросклеротическом кардиосклерозе, митральном стенозе, тиреотоксикозе, реже при перикардитах, кардиомиопатиях, алкогольной миокардиодистрофии. Мерцательная аритмия может возникать в виде отдельных приступов, но чаще наблюдается постоянная ее форма, которая может сохраняться в течение многих лет. При постоянной форме мерцания предсердий с относительно редким ритмом довольно часто наблюдается полная адаптация к аритмии, в результате чего больные могут не ощущать ее и сохранять трудоспособность.

Лечение. Применяют те же медикаменты, что и при пароксизмальной тахикардии, прежде всего анаприлин, верапамил, хлорид калия, при значительной тахикардии — дигоксин. При постоянной форме мерцания предсердий его устранение проводят только в стационаре путем назначения хинидина или электроимпульсной терапии после специальной подготовки антикоагулянтами. Если восстановление ритма не показано, следует стремиться к урежению числа сердечных сокращений до 70 в минуту путем назначения хлорида калия и дигоксина.

Мерцание желудочков сопровождается отсутствием эффективного сокращения миокарда желудочков и несовместимо с жизнью. В связи с этим требуются срочные реанимационные мероприятия, включая электрическую дефибрилляцию. При подготовке к ней обычно приходится проводить массаж сердца, искусственное дыхание.

Блокады сердца связаны с нарушением проведения электрических импульсов, возникающих в синусовом узле. К нарушениям сердечного ритма могут приводить прежде всего предсердно-желудочковые блокады, сопровождающиеся нарушением прохождения импульса от предсердия к желудочкам. Эта блокада может быть различной степени: при I степени наблюдается лишь замедление прохождения импульса от предсердия к желудочкам, что проявляется на ЭКГ удлинением интервала P — Q, при второй степени — наряду с удлинением интервала P — Q отмечают выпадение отдельных желудочковых сокращений, что и приводит к появлению аритмии. Предсердно-желудочковая блокада III степени — полная поперечная блокада — характеризуется тем, что импульсы из предсердий не проводятся к желудочкам. При этом предсердия сокращаются в более частом ритме, свойственном синусовому узлу, а желудочки — в более редком (40—20 в минуту) под влиянием импульсов, исходящих из атриовентрикулярного узла или центра возбудимости, расположенного в проводящей системе одного из желудочков (идиовентрикулярный ритм). Наиболее важным клиническим феноменом, связанным с появлением полной поперечной блокады, является синдром Адамса — Стокса — Морганьи. В момент развития блокады, когда еще не успел включиться в работу водитель ритма, расположенный в желудочках, возникает асистолия с появлением судорог и потерей сознания, обусловленными нарушением кровоснабжения мозга. Эти же симптомы могут появиться и при резком урежении ритма желудочков. Нарушение предсердно-желудочковой проводимости обычно встречается при органических заболеваниях сердца — ревмокардите, атеросклеротическом кардиосклерозе, миокардитах, кардиомиопатиях. Передозировка сердечных гликозидов у этих больных также может способствовать нарушению предсердно-желудочковой проводимости.

Лечение. При приступе Адамса — Стокса — Морганьи применяют адреналин, а в межприступный период — атропин, изадрин (изупрел), эуфиллин, небольшие дозы гипотиазида. При часто повторяющихся приступах показана оперативная имплантация искусственного водителя ритма сердца.

Внутрижелудочковая блокада сама по себе чаще всего может клинически не проявляться. Она диагностируется лишь по ЭКГ в виде блокады правой или левой ножки пучка Гиса. Блокада правой ножки пучка Гиса чаще возникает при поражении миокарда правого желудочка, в том числе при пороках сердца и т. д. Однако она может быть аномалией развития проводящей системы и в таких случаях имеет благоприятный прогноз. Блокада левой ножки пучка Гиса встречается при ишемической болезни сердца, кардиомиопатиях, миокардитах. Она обычно свидетельствует об органической патологии сердца. Прогрессирующее нарушение внутрижелудочковой проводимости может привести к приступам Адамса — Стокса — Морганьи (см. выше).

АСТМА БРОНХИАЛЬНАЯ характеризуется приступами удушья или затрудненного дыхания, обусловленными спазмом мелких бронхов. Во время приступа нарушение бронхиальной проходимости усугубляется в результате набухания слизистой оболочки, повышенной бронхиальной секреции. Заболевают чаще молодые люди. В развитии заболевания важную роль играет аллергия к различным факторам, например, вдыхание различного рода пыли, воздуха, загрязненного дымом, содержащего различные пахучие вещества. Аллергизирующее воздействие могут оказывать некоторые пищевые вещества. Бронхиальная астма может возникнуть также после перенесенной острой инфекции дыхательных путей, острого бронхита, пневмонии; иногда ей предшествуют синуиты, риниты. Приступы чаще развиваются в сырую холодную погоду. Определенное значение могут иметь нервно-психические факторы. В основе аллергической реакции, приводящей к приступу бронхиальной астмы, лежит взаимодействие вдыхаемого антигена со специфическими антителами, относящимися к иммуноглобулину Е, которые соединены с мастоцитами. В результате этой реакции освобождается гистамин и ряд других активных веществ, вызывающих спазм бронхиол.

В анамнезе у многих больных — характерные приступы затрудненного дыхания, в промежутках между которыми они чувствуют себя вполне удовлетворительно. Возможны обострения заболевания, сопровождающиеся значительным учащением приступов. Тяжесть

и продолжительность приступов у одного и того же больного могут широко варьировать. Начало приступа обычно постепенное, у больного усиливается кашель, нарастает одышка. На высоте приступа больной отмечает ощущение сдавления в груди, нехватки воздуха. Он сидит, опираясь руками на край постели, что облегчает участие вспомогательных мышц в дыхании. Кашель первоначально сухой, постепенно начинает отходить мокрота. При объективном исследовании обращает на себя внимание выраженная одышка с отчетливым затруднением выдоха, который заметно удлинен. Число дыханий в минуту может быть увеличено или нормально, на расстоянии слышны характерный свист, хрипы. Грудная клетка находится в состоянии вдоха, подвижность ее ограничена. Может быть цианоз губ и слизистых оболочек. Наиболее характерное аускультативное проявление астмы — усиление дыхания, удлинение выдоха, появление разнообразных сухих хрипов. Перкуторно определяется эмфизема легких (см.). В мокроте обычно обнаруживают значительное число эозинофилов, спирали Куршманна, кристаллы Шарко-Лейдена. В крови также может быть обнаружено повышенное содержание эозинофилов (до 10—15 %). При исследовании функции внешнего дыхания в момент приступов и в меньшей степени в межприступный период обнаруживается снижение форсированной жизненной емкости легких (ниже 50 %) и показателей пневмотахометрии. На ЭКГ в момент приступа может быть увеличенный, заостренный зубец *P* во II и III стандартных отведениях. Частое повторение приступов, значительная их продолжительность могут привести к выраженной эмфиземе легких, дыхательной недостаточности, легочному сердцу.

Диагноз ставят на основании характерных клинических проявлений, особенно данных аускультации легких, при которой выслушиваются сухие свистящие хрипы при наличии эозинофилии крови. Распознавание может быть затруднено при заболевании сердца, например атеросклеротическом кардиосклерозе, когда явления бронхоспазма присоединяются к сердечной недостаточности по малому кругу с застойными явлениями в легких. При этом аускультативно чаще выслушивается значительное количество влажных хрипов в легких, бронхоспазм выражен незначительно, имеются признаки сердечной недостаточности в виде предшествующей одышки при незначительной физической нагрузке. Объективно на ЭКГ также обнаруживают значительные признаки поражения сердца.

Лечение. Для купирования приступа астмы можно применять адреналин в дозе 0,5—1 мл 0,1 % раствора, эфедрин — 1 мл 5 % раствора в сочетании с атропином — 0,5 мл 0,1 % раствора под кожу. Введение адреналина нежелательно у лиц пожилого возраста с сопутствующим заболеванием сердца. Для купирования приступов применяют также теофедрин, антастман, а также алупент в виде ингаляций. Часто оказывается эффективным внутривенное введение эуфиллина — 5—10 мл 2,4 % раствора. Во время приступа полезна также отвлекающая терапия: горчичники, горячие ножные ванны. Для предупреждения приступов астмы при наличии признаков инфекции бронхов показана антибактериальная терапия (антибиотики и сульфаниламиды). Необходима санация, активное лечение очагов инфекции в верхних дыхательных путях и в синусах. Таким больным всегда полезно применение средств, успокаивающих нервную систему: валерианы, пустырника, при необходимости диазепама, хлордиазепоксида. При часто повторяющихся приступах и отсутствии эффекта от применения бронхолитических средств, перечисленных выше, необходимо назначение кортикостероидов: преднизолона в дозе 60 мг в/в или 20—30 мг/сут внутрь в течение нескольких дней с последующим снижением и отменой этого препарата по достижении клинического эффекта. В последние годы для предупреждения приступов бронхиальной астмы применяют интал в виде ингаляций. Лечение этим препаратом менее показано больным с отчетливым влиянием инфекционного процесса дыхательных путей на обострение заболевания. Если у больного с приступами астмы не исключается скрыто протекающая сердечная недостаточность, то целесообразно в момент приступа при введении эуфиллина добавлять строфантин — 0,5 мл 0,05 % раствора. Больным бронхиальной астмой противопоказаны морфин и другие наркотики, так как они угнетают дыхательный центр и могут ухудшить вентиляцию легких. При некупирующемся приступе, особенно в тяжелых случаях, возможно применение аппаратного дыхания. Приступы астмы иногда удается прекратить при перемене климата. У некоторых больных для профилактики приступов эффективно курортное лечение на Южном берегу Крыма.

АСТМА СЕРДЕЧНАЯ — приступ удушья, возникающий в результате острой левожелудочковой недостаточности (см.). Сердечная астма развивается при различных заболеваниях, сопровождающихся поражением миокарда левого желудочка (например, атеросклеротический кардиосклероз, острый инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, острый нефрит), а также при митральных пороках с преобладающим стенозом левого венозного отверстия. При этом вследствие слабости левого желудочка обычно остро возникает застой в сосудах легких с явлениями интерстициального отека легких, одновременным нарушением функции ЦНС с повышением возбудимости дыхательного центра. Иногда это состояние сопровождается умеренным бронхоспазмом. Приступы сердечной астмы могут иметь место как на фоне хронической сердечной недостаточности (см.), так и возникать остро при отсутствии признаков хронического застоя в легких.

Симптомы. Как правило, эти приступы возникают у больных с указаниями в анамнезе на поражение сердца, прежде всего его левого желудочка, что проявляется и соответствующими клиническими симптомами. Характерно возникновение приступов удушья, при которых больной занимает положение сидя, часто опирается руками о край кровати. Обычно появля-

ется кашель с небольшим количеством серозной мокроты. У некоторых больных возбуждение может быть выражено значительно с ощущением страха смерти, страдальческим выражением лица. Объективно отмечаются бледность, цианоз, могут быть видны расширенные вены на шее. Число дыханий в минуту увеличено. При выслушивании легких определяются усиление дыхания (как вдоха, так и выдоха), разнообразные влажные хрипы (преимущественно в нижних отделах). При выслушивании сердца тоны приглушены. Иногда выявляется ритм галопа. Могут быть симптомы соответствующего поражения сердца (например, митрального или аортального порока). Приступ сердечной астмы может перейти в отек легких (см.). Нередко приступ возникает ночью, иногда он провоцируется физическим напряжением, особенно при митральных пороках сердца. При диагностике сердечной астмы приходится прежде всего учитывать наличие серьезного органического поражения сердца. Дифференциальный диагноз проводят с приступом бронхиальной астмы (см.).

Лечение направлено в первую очередь на понижение возбудимости дыхательного центра, уменьшение перегрузки кровью малого круга, улучшение сократительной способности миокарда. В связи с этим вводят морфин или пантопон в сочетании с атропином или дипразином (пипольфен), супрастином. При коллапсе одновременно назначают кордиамин или камфору. Для разгрузки малого круга можно наложить жгуты на конечности или произвести кровопускание. Целесообразно введение мочегонных типа лазикса (40 мг) или этакриновой кислоты (урегит) в дозе 50 мг в/в. У больных кардиосклерозом возможно введение строфантина — 0,5 мл 0,05 % раствора в сочетании с эуфиллином — 10 мл 2,4 % раствора. При сердечной астме, связанной с артериальной гипертензией (гипертоническая болезнь, нефрит), показано введение нейролептиков, оказывающих гипотензивное действие, например, аминазина — 1 мл (подробнее см. *Отек легких*).

АСЦИТ — скопление свободной жидкости в брюшной полости. Может быть обусловлен следующими причинами: сердечной недостаточностью с застоем крови в большом круге кровообращения, заболеваниями печени, протекающими с портальной гипертензией (цирроз печени, тромбоз печеночных вен), нефротическим синдромом (см.) различного происхождения, выраженной гипопротеинемией при болезнях кишечника с нарушением всасывания, алиментарной дистрофией. Асцит наиболее часто сочетается с периферическими отеками, при портальной гипертензии — с увеличением селезенки. Реже асцит бывает связан со злокачественными новообразованиями в органах брюшной полости или с туберкулезом брюшины.

Выраженный асцит характеризуется значительным увеличением живота, при этом в отличие от метеоризма, кисты или опухоли яичников, при которых живот также увеличивается, асцит сопровождается притуплением перкуторного звука. Граница притупления меняется в зависимости от положения тела больного. В положении лежа тупость определяется в боковых отделах живота. В сомнительных случаях притупление более отчетливо определяется в положении больного на боку, когда жидкость в большем количестве накапливается в нижерасположенном отделе брюшной полости. В некоторых случаях для уточнения причины асцита необходима лапароскопия.

Лечение зависит от причины, вызвавшей асцит. Обычно применяют активные мочегонные средства (лазикс, верошпирон). При особенно большом асците и отсутствии значительного эффекта от применения мочегонных средств приходится применять прокол переднебрюшной стенки. При этом иногда выпускают через троакар до 10—15 л жидкости.

АТЕЛЕКТАЗ ЛЕГКОГО — состояние, при котором в результате закупорки бронхов и последующего рассасывания воздуха ниже места закупорки происходит спадение легочной ткани, чаще доли или сегмента легкого и уплотнение ее. Ателектаз может также развиться вследствие сдавления легочной ткани извне массивным плевральным выпотом. Причиной закупорки бронха могут быть опухоли, инородное тело, увеличенный лимфатический узел, а также вязкий секрет бронхов при пневмониях, бронхитах, бронхоэктазах. Возникновению ателектаза иногда способствует хирургическое вмешательство на органах брюшной полости, сопровождающееся нарушением вентиляции легких в связи с общим обезболиванием.

Симптомы. Достаточно часто у больных могут быть симптомы предшествующего поражения легких. При остро возникшем значительном ателектазе больные могут ощущать боль в грудной клетке, усиление одышки; при обследовании больного отмечают цианоз, некоторое отставание при дыхании пораженной половины грудной клетки, притупление перкуторного звука в соответствующем участке легкого, там же ослабление дыхания и голосового дрожания. Могут быть тахикардия, гипотония, при осложнении ателектаза инфекцией — повышение температуры. Однако часто при постепенном развитии ателектаза и небольших его размерах клинические симптомы могут быть выражены незначительно, и ателектаз диагностируется рентгенологически. При этом прозрачность пораженного участка легкого уменьшается, тень его часто имеет треугольную форму с верхушкой, обращенной в сторону корня легкого. При большом ателектазе может быть смещение органов средостения в пораженную сторону. Своеобразной формой ателектаза является так называемый синдром средней доли, обусловленный обтурацией крупного бронха увеличенным лимфатическим узлом. Чаще всего этот лимфатический узел оказывается пораженным вследствие перенесенного туберкулеза. Для уточнения причины ателектаза иногда приходится проводить томографию, бронхографию.

Лечение. При ателектазе предусматривают своевременное применение антибиотиков в связи с частым присоединением инфекции. Особенно важна профилактика ателектаза у больных, перенесших операцию: заставляют больного глубоко дышать, активно откашли-

вать мокроту, для чего назначают отхаркивающие и разжижающие мокроту средства.

АТЕРОСКЛЕРОЗ — поражение артерий (чаще всего жизненно важных органов) с отложением в их внутренние оболочки липидов (холестерина) и частым сужением просвета, вызывающим недостаточность кровоснабжения соответствующих тканей. Атеросклероз поражает аорту, сосуды сердца, мозга, нижних конечностей, реже артерии почек и других органов брюшной полости. Заболевание развивается исподволь у лиц среднего и пожилого возраста. В развитии его придают значение наследственному предрасположению, длительному психическому перенапряжению, малоподвижному образу жизни, курению, ожирению, гипертонии, сахарному диабету. Атеросклероз сопровождается нарушением липидного обмена, что характеризуется увеличением содержания в крови холестерина, триглицеридов, насыщенных жирных кислот, грубодисперсных фракций липопротеинов (ß-липопротеинов), одновременно уменьшается содержание ненасыщенных жирных кислот. В зависимости от изменения в соотношении содержания в крови упомянутых фракций липидов разделяют несколько типов гиперлипидемий, причем некоторые из них связаны с более выраженным атерогенезом.

Атеросклероз аорты часто диагностируется при рентгенологическом исследовании, при котором находят уплотнение стенки аорты. При клиническом обследовании можно выявить систолический шум, акцент II тона на аорте, повышение систолического АД при нормальном диастолическом. Осложнением атеросклероза аорты может быть развитие аневризмы аорты или гематомы ее стенки (так называемая расслаивающая аневризма аорты). В последнем случае аневризма при ее прогрессировании проявляется болями за грудиной, коллапсом, иногда признаками внутреннего кровотечения и чаще всего быстрой смертью.

Атеросклероз венечных сосудов сердца приводит к развитию ишемической болезни сердца, приступам стенокардии (см.), инфаркту миокарда (см.), атеросклеротическому кардиосклерозу (см.). Поражение сосудов нижних конечностей сопровождается так называемой перемежающейся хромотой — появлением болей при ходьбе, прекращающихся при остановке. Диагноз может быть подтвержден при осциллографии.

Лечение и профилактика. Рекомендуется соблюдение образа жизни с достаточной физической активностью, борьба с избыточной массой тела, что достигается ограничением в диете сладостей, животных жиров. Диета должна содержать растительное масло, овощи, фрукты, нежирные молочные продукты. Необходимо рациональное адекватное лечение гипертонии, сахарного диабета, прекращение курения. Некоторую пользу могут оказать препараты йода по 5—10 капель на молоке в постепенно возрастающих дозах в течение 1—$1^1/_2$ мес. Для нормализации липидного обмена, в частности снижения уровня холестерина в крови, применяют препараты клофибрата (мисклерон, атромидин) по 0,5 г 3 раза в день курсами по $1^1/_2$—2 мес. При необходимости назначают спазмолитические средства — папаверин, но-шпу.

АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА см. *Кардиоспазм.*

БАЗЕДОВА БОЛЕЗНЬ характеризуется повышенной функцией щитовидной железы с увеличением секреции ее гормона — тироксина. Заболевание чаще развивается у женщин, особенно в климактерическом периоде; нередко связано с нервно-психическим перенапряжением, повторными стрессами. В развитии этой патологии играет роль повышение секреции гипофизом тиреотропного гормона и так называемого экзофтальмического фактора. В патогенезе отдельных проявлений болезни имеет значение влияние повышенной секреции тироксина на интенсивность метаболических процессов во всех тканях и органах.

Симптомы. Наиболее важные проявления болезни: увеличение щитовидной железы, пучеглазие, стойкая тахикардия и другие изменения сердечно-сосудистой системы. К последним относится систолическая гипертония, возникновение мерцательной аритмии, а в более поздних стадиях и сердечная недостаточность (правда, у больных с сопутствующим другим поражением сердца). У больных обычно выявляются значительные нервно-психические нарушения, раздражительность, плаксивость, беспокойство, потливость, тремор (дрожание пальцев рук). Нередко отмечается значительное похудание при повышенном аппетите. Может быть умеренное повышение температуры. У отдельных больных преобладает мышечная слабость, нарушение пищеварения (поносы). При специальном осмотре, помимо пучеглазия, удается выявить так называемые глазные симптомы, связанные с дисфункцией глазодвигательных мышц. Для подтверждения диагноза определяют основной обмен (он повышен), поглощение щитовидной железой радиоактивного изотопа йода через 2 и 24 ч (он также повышен), а в последнее время содержание гормонов щитовидной железы — тироксина и трийодтиронина и белковосвязанного йода в сыворотке.

Лечение. В относительно легких случаях ограничиваются назначением препаратов йода — раствора Люголя по 5—15 капель до 3 раз в день в течение нескольких недель, повторный курс с интервалом 10—15 дней. В случаях средней тяжести назначают метилтиоурацил по 0,1 г 3 раза в день с перерывами и частыми исследованиями крови на лейкоциты в связи с возможным развитием лейкопении. Можно назначать также мерказолил по 0,01 г 2—3 раза в день. После уменьшения явлений тиреотоксикоза целесообразно длительное применение поддерживающих доз мерказолила по 0,005 г через день. При более тяжелом течении тиреотоксикоза показана резекция щитовидной железы (тиреоидэктомия) или применение радиоактивного йода. В комплексном лечении тиреотоксикоза показано также применение различных успокаивающих средств (диазепам), резерпина, анаприлина, снижающих повышенную чувствительность тканей к адреналину. Лечение сердечной не-

достаточности проводится по общим правилам, устранение постоянного мерцания предсердий показано лишь после эффективной терапии других проявлений тиреотоксикоза при помощи перечисленных выше средств.

БЛОКАДЫ СЕРДЦА см. *Аритмии сердца.*

БЕРИ-БЕРИ см. *Авитаминозы, недостаточность витамина* B_1.

БЕХТЕРЕВА БОЛЕЗНЬ, АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ — хроническое воспалительное поражение позвоночника с прогрессирующим нарушением его подвижности. Болеют преимущественно мужчины молодого возраста. В развитии анкилозирующего спондилоартрита придают значение генетически обусловленным нарушениям иммунных процессов.

Симптомы. Чаще всего поражаются суставы позвоночника и крестцово-подвздошное сочленение. Болезнь начинается постепенно болями в пояснично-крестцовой области сначала лишь при длительном пребывании в одном положении. Поражение грудного отдела позвоночника может сопровождаться болями в грудной клетке по типу невралгии. По мере прогрессирования заболевания больные начинают предъявлять жалобы на постоянные боли в позвоночнике, постепенно возникает нарушение походки и осанки, развивается напряжение прямых мышц спины, затем их атрофия. При постукивании по позвонкам отмечается болезненность. При дальнейшем прогрессировании на поздних стадиях болезни, помимо усиления болевого синдрома, развивается выраженный кифоз грудного отдела позвоночника, возможно, наоборот, выпрямление всех физиологических изгибов позвоночника с развитием его неподвижности. Рентгенологически отмечаются изменения позвоночника с постепенно прогрессирующим анкилозом межпозвоночных суставов, окостенением фиброзного кольца межпозвоночных дисков, передних и боковых связок с появлением картины, при которой позвоночник напоминает бамбуковую трость. Приблизительно у половины больных поражаются и периферические суставы, что по внешним проявлениям сближает эту патологию с ревматоидным артритом (см.). У небольшой части больных с болезнью Бехтерева в процесс вовлекаются другие органы и системы (почки, глаза, сердце), могут развиться ирит, иридоциклит, увеит. Почечная патология характеризуется нефритом или амилоидозом почек (см.). Поражение сердца может сопровождаться развитием миокардита, аортита с аортальной недостаточностью, перикардита. В период обострения заболевания в крови находят повышенный лейкоцитоз, увеличение СОЭ и другие признаки воспалительной активности. Ревматоидный фактор в сыворотке не встречается.

Лечение. Показано длительное применение противовоспалительных средств: бутадиона по 0,1—0,15 г 4—6 раз в день, реопирина по 1 таблетке 3—4 раза в день, особенно индометацина по 100—150 мг/сут. При более выраженных воспалительных проявлениях, особенно со стороны внутренних органов, возможно применение кортикостероидов (преднизолон). Поражение глаз иногда служит показанием к местному применению кортикостероидов. Для устранения болевого синдрома и контрактур мышц применяют миорелаксанты (мидокалм). Важное значение имеет применение массажа, лечебной физкультуры, физиотерапии. Для профилактики обострения применяют делагил или плаквенил в течение длительного времени (до 2 лет).

БЕХЧЕТА СИНДРОМ — хроническое заболевание, проявляющееся афтозным стоматитом, поражением слизистых оболочек гениталий, глаз и нередко вовлечением в процесс и внутренних органов (плеврит, бронхопневмония, миокардит, менингоэнцефалит и т. д.).

Лечение проводят общеукрепляющими, десенсибилизирующими средствами, при необходимости — кортикостероидными препаратами.

БЛУЖДАЮЩАЯ (ПОДВИЖНАЯ) ПОЧКА см. *Нефроптоз.*

БОТКИНА БОЛЕЗНЬ, ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ см. главу «Инфекционные болезни».

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА см. *Астма бронхиальная.*

БРОНХИТ ОСТРЫЙ — острое воспаление слизистой оболочки бронхов, обусловленное инфекцией или вдыханием раздражающих веществ. Развитию болезни часто предшествует охлаждение. Острый бронхит может быть одним из симптомов общего инфекционного заболевания, например при гриппе.

Симптомы. Болезнь проявляется кашлем, часто повышением температуры, чувством саднения за грудиной, ухудшением общего самочувствия. При выслушивании легких могут определяться сухие или влажные хрипы. Одновременно возможны общие симптомы инфекционного заболевания. Болезнь протекает тяжелее у пожилых и ослабленных лиц.

Лечение при выраженных признаках острого бронхита, особенно протекающего с повышением температуры, включает постельный режим, назначение сульфаниламидов (сульфадиметоксин по 0,5 г 2 раза в день), горчичников. При кашле рекомендуется употребление горячего молока с содой или боржомом, показано применение кодеина, либексина. Профилактика острого бронхита состоит в закаливании организма. При склонности к частым обострениям болезни необходима санация очагов инфекции.

БРОНХИТ ХРОНИЧЕСКИЙ — хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, связанное чаще всего с инфекцией. Способствует возникновению болезни длительное курение, вдыхание пыли, содержащей раздражающие вещества. Болезнь часто осложняется нарушением проходимости бронхов в связи с бронхоспазмом и приводит к развитию эмфиземы легких, бронхоэктазов (см.).

Симптомы. Наиболее характерное проявление болезни — кашель иногда приступообразный, особенно по утрам с выделением слизисто-гнойной мокроты. При прогрессировании заболевания возникает одышка сначала при физической нагрузке. Обострение болезни протекает с усилением кашля и повышением температуры. При выслушивании легких опре-

деляются сухие, реже влажные хрипы. При нарушении бронхиальной проходимости отмечаются астмоидные явления (затрудненный выдох). На поздней стадии развития ведущими в клинической картине являются симптомы эмфиземы легких (см.), хронической интерстициальной пневмонии (см.), пневмосклероза (см.).

Лечение в период обострения болезни состоит в назначении противоинфекционных препаратов — сульфадиметоксина по 0,5 г 2 раза в день или антибиотиков — пенициллина по 300 000 ЕД 3—4 раза в день. При наличии астматического компонента показано введение бронхорасширяющих средств (эфедрин, эуфиллин, алупент). При нарушении отхождения мокроты показаны отхаркивающие. Важное значение имеет дыхательная гимнастика, климатолечение, например на Южном берегу Крыма.

БРОНХОПНЕВМОНИЯ см. *Пневмония очаговая.*

БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ характеризуется возникновением легких цилиндрических или мешотчатых расширений, одним из важнейших проявлений которых служат симптомы легочной инфекции. Бронхоэктазы чаще развиваются на фоне хронического бронхита, после повторных пневмоний. Они располагаются обычно в нижних долях легких, чаще слева.

Симптомы. Характерен кашель с выделением мокроты, преимущественно по утрам, часто в большом количестве. Мокрота может периодически иметь примесь крови. Иногда болезнь осложняется тяжелым легочным кровотечением. При обследовании у больного обнаруживают пальцы в виде барабанных палочек и ногти в виде часовых стекол. Грудная клетка может быть внешне изменена в связи с развитием эмфиземы. При выслушивании кое-где определяются стойкие, звонкие, влажные хрипы. Болезнь протекает с обострениями, во время которых наблюдаются повышение температуры и другие проявления инфекционного воспалительного процесса (увеличение лейкоцитоза, СОЭ). Диагноз подтверждается при бронхографии. Болезнь может осложниться развитием кахексии, легочных нагноений, амилоидоза.

Лечение и профилактика. При обострении болезни проводят лечение антибактериальными средствами, прежде всего антибиотиками, как при абсцессе легких (см.). По показаниям применяют отхаркивающие и бронхолитические средства. При локализованном поражении и частых обострениях болезни возможно хирургическое лечение. Для предупреждения бронхоэктазов имеет значение своевременное и активное лечение острых инфекционных заболеваний легких, ликвидация очагов хронической инфекции в носоглотке.

ВЕГЕНЕРА СИНДРОМ — гранулематозно-некротический васкулит с преимущественным поражением респираторной системы и почек. Этот синдром рассматривается как вариант узелкового периартериита (см.). Заболевание начинается постепенно или подостро, часто поражением верхних дыхательных путей. Особенно характерны поражение придаточных пазух носа, иногда пансинуит. В ряде случаев возникают глубокие язвы и некрозы с вовлечением костно-хрящевого скелета, перфорация носовой перегородки. Поражение легких характеризуется трахеобронхитом и инфильтративными изменениями, склонными к распаду с образованием полостей, сопровождающихся обычно кашлем, кровохарканьем. Обычно одновременно наблюдается лихорадка, артралгии и артриты, кожные сыпи. Рано или поздно присоединяется поражение почек по типу прогрессирующего гломерулонефрита со значительной протеинурией, гематурией, снижением относительной плотности мочи. Нередко имеет место также поражение сердца, нервной системы и других органов. Типичным гистологическим признаком считается обнаружение гигантоклеточных гранулем.

Лечение проводят циклофосфамидом в сочетании с кортикостероидными препаратами.

ВЕГЕТОСОСУДИСТАЯ ДИСТОНИЯ см. главу «Нервные болезни».

ВЕРЛЬГОФА БОЛЕЗНЬ см. *Геморрагические диатезы.*

ГАНГРЕНА ЛЕГКОГО см. *Абсцесс легкого.*

ГАСТРИТ ОСТРЫЙ обычно связан с токсикоинфекцией в результате употребления в пищу недоброкачественных продуктов питания, иногда зависит от приема лекарств, аллергии к пищевым продуктам. Заболевание начинается довольно остро, иногда бурно. Проявляется недомоганием, головной болью, рядом диспепсических нарушений, тошнотой, рвотой, болью в подложечной области. Чаще заканчивается выздоровлением в течение 1—2 дней. При более тяжелом течении могут быть озноб, лихорадка, повторная рвота, нарушение стула, явления общей интоксикации с адинамией, коллапсом. При отравлении растворами кислот и щелочей гастрит характеризуется глубокими некротическими изменениями стенки желудка при наличии ожога слизистой оболочки рта, губ, пищевода. Больные испытывают резкие боли в обожженной области, имеются явления общей интоксикации с развитием шока.

Иногда наблюдается эрозивный гастрит как вариант обычного гастрита, связанного с пищевыми погрешностями. При этом в отдельных случаях при более выраженном кровотечении может быть примесь крови в рвотных массах. Однако иногда такой гастрит может протекать почти бессимптомно и обнаруживается лишь при гастроскопии и проведении диспансеризации больного.

Лечение. Целесообразно промывание желудка, назначение слабительного, голод в течение 1—2 сут. При выраженных болях в животе вводят папаверин, платифиллин под кожу, при сильной рвоте и нормальном АД можно ввести аминазин или дипразин. В последующие 4—5 дней рекомендуется соблюдать щадящую диету.

ГАСТРИТ ХРОНИЧЕСКИЙ — поражение слизистой оболочки желудка, приводящее к постепенной ее атрофии. Возникает при систе-

матических погрешностях в диете, злоупотреблении алкоголя, некоторых других заболеваниях.

Симптомы. Чувство тяжести в подложечной области вскоре после еды, тошнота, отрыжка, реже рвота. Болезнь может протекать с обострениями, которые провоцируются чаще всего погрешностями в диете. Диагноз уточняется при гастроскопии с биопсией слизистой оболочки желудка. Рентгенологическое исследование при этом имеет небольшое значение. В результате прогрессирования атрофических изменений слизистой оболочки возникает гистаминоустойчивая ахилия, которая сопровождается более выраженным нарушением пищеварения, поносами, похуданием, анемией.

Лечение. Целесообразно соблюдение механически щадящей диеты с исключением алкогольных напитков, копченостей, острых приправ, консервов. При снижении желудочной секреции можно назначать мясные и овощные бульоны, препараты желудочного сока, хлористоводородную кислоту. При упорных болях, ощущении тяжести в животе показано применение спазмолитических средств (реглан, папаверин, но-шпа).

ГЕЛЬМИНТОЗЫ см. *Глистные заболевания.*

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА см. *Анемия гемолитическая.*

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ДИАТЕЗЫ — состояния, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью. Нормальное свертывание крови возможно лишь при неизмененных сосудах, достаточном количестве функционально полноценных тромбоцитов, определенном содержании в крови факторов свертывающей и противосвертывающей систем крови. В связи с этим геморрагические диатезы можно подразделить на три группы. В первую группу включаются болезни, в основе которых лежит нарушение свертывающих свойств крови: гемофилия, недостаток витамина К (например, при печеночной патологии), передозировка антикоагулянтов. Ко второй группе принадлежат состояния, связанные с уменьшением числа тромбоцитов (болезнь Верльгофа, бензольная интоксикация, аплазия костного мозга), или нарушение их функции. К третьей группе относятся болезни, связанные с нарушением сосудистой стенки: геморрагический васкулит, наследственная телеангиэктазия.

Гемофилия — наследственное нарушение свертываемости крови, связанное с недостатком плазменных факторов, образующих активный тромбопластин. Описаны три формы гемофилии, клинически неразличимые между собой. Заболеванием страдают только мужчины, хотя дефектный ген передается всегда от матери больного. Болезнь проявляется в детстве длительными кровотечениями, возникающими даже при незначительных механических повреждениях. Легкие ушибы могут сопровождаться развитием больших кровоизлияний, гемартрозов с возникновением последующих анкилозов суставов. Могут быть носовые кровотечения, гематурия. Основные лабораторные признаки: удлинение времени свертываемости, укорочение протромбинового времени.

Лечение — переливание крови или плазмы, введение специальной антигемофилической плазмы.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа) — болезнь, характеризующаяся снижением числа тромбоцитов в крови и повышенной кровоточивостью. В развитии ее имеют значение иммунные расстройства. Болезнь протекает с обострениями. Вне обострения число тромбоцитов может быть нормальным. Кровоточивость появляется при снижении числа тромбоцитов до $40 \cdot 10^9$/л. При этом может возникать выраженное кровотечение — носовое, желудочно-кишечное, маточное и т. д. При осмотре кожи и слизистых оболочек могут выявляться петехии и обширные экхимозы. Селезенка обычно увеличена. Положительны симптомы щипка и жгута, удлинено время кровотечения, нарушена ретракция кровяного сгустка.

Лечение: назначение кортикостероидных препаратов в средних дозах (например, преднизолона по 30—60 мг/сут) с последующим постепенным уменьшением и длительным лечением поддерживающими дозами (5—10 мг). При отсутствии эффективности этого лечения может быть применено оперативное удаление селезенки.

Наследственная геморрагическая телеангиэктазия (болезнь Рандю-Ослера) проявляется множественными кровоточащими телеангиэктазиями (расширение сосудов), расположенными на различных участках кожи и слизистых оболочках губ, рта. Иногда ведущим симптомом болезни могут быть носовые или желудочно-кишечные кровотечения, которые наступают самостоятельно или при незначительных повреждениях. При частом их повторении может развиться железодефицитная анемия. Диагноз нетруден, если при осмотре слизистой оболочки губ, языка, носа удается обнаружить характерное расширение сосудов. При других локализациях телеангиэктазий для их выявления приходится применять ларингоэзофагогастроскопию.

Лечение направлено на местную остановку кровотечения, при необходимости производят переливание крови.

Геморрагический васкулит, капилляротоксикоз, болезнь Шенлейна-Геноха, проявляется чаще всего мелкими геморрагическими высыпаниями на коже в результате васкулита, протекающего также с поражением суставов, желудочно-кишечного тракта, почек. В основе заболевания — аллергическая реакция с повреждением эндотелия мелких сосудов. Болезнь нередко возникает после перенесенных острых инфекций, охлаждения, при аллергических реакциях на лекарства и пищевые продукты. Поражение кожи, помимо мелких геморрагических высыпаний на разгибательных поверхностях нижних конечностей, может проявляться и другими сыпями. Поражение суставов протекает обычно по типу артралгий, реже артритов доброкачественного течения. У некоторых больных ведущим в клинической картине является поражение сосудов брюшной полости с резкими болями в животе, желудочно-кишечным кровотечением. Болезнь протекает

с периодическими обострениями и ремиссиями, которые продолжаются иногда длительно. Прогноз определяется развитием нефрита и прогрессированием хронической уремии.

Л е ч е н и е. В период обострения показан постельный или полупостельный режим в стационаре, введение новокаина до 200 мл 0,25 % раствора в/в капельно, назначение супрастина, димедрола, аскорбиновой кислоты с рутином. Лечение стероидными гормонами не показано, так как оно часто приводит к ухудшению состояния.

ГЕМОХРОМАТОЗ сопровождается распространенным нарастающим отложением железосодержащего пигмента в тканях некоторых органов с последующими фиброзными изменениями в них и функциональными нарушениями. В основе заболевания лежит значительное усиление всасывания железа слизистой оболочкой желудка, наклонность к которому передается по наследству. Приблизительно у 1/3 таких больных отмечают значительное злоупотребление алкоголем. Болеют преимущественно мужчины, так как у женщин естественная физиологическая потеря крови предупреждает прогрессирование заболевания.

С и м п т о м ы болезни обычно появляются в возрасте 40—60 лет. Наиболее характерны проявления в виде пигментации кожи, сахарного диабета (см.), гепатомегалии и симптомов нарушения функции печени, сердечной недостаточности, поражения надпочечников. У 50 % больных кожа приобретает бронзовый оттенок, что связано с отложением меланина и частично гемосидерина, содержащего железо. Пигментация наиболее отчетливо видна на участках кожи, подвергающихся солнечному облучению. Обычно находят увеличение печени, которая плотна на ощупь, функция печени обычно изменена, причем резкое ее изменение может быть спровоцировано интеркуррентной инфекцией. Селезенка увеличена у 50 % больных. Диабет имеет место у значительной части больных, обычно легкой, или средней тяжести, требуя нередко лечения инсулином. Аритмия или характерная сердечная недостаточность наблюдается нередко у относительно молодых людей. Кроме указанных проявлений, нередко наблюдаются половая дисфункция, артропатии и некоторые другие проявления.

Д и а г н о з подтверждается при обнаружении повышенного содержания железа в сыворотке крови (выше 30 мкмоль/л). В сомнительных случаях следует прибегать к морфологическому исследованию биопсированной ткани печени.

Л е ч е н и е состоит в проведении повторных кровопусканий, которые способствуют извлечению железа из его депо в тканях, предупреждая тенденцию к прогрессированию склеротических процессов в органах. Из диеты исключают продукты, содержащие железо.

ГЕПАТИТ ОСТРЫЙ — поражение печени, обусловленное воздействием инфекционных и токсических факторов. Наиболее частой причиной острого гепатита является вирус, вызывающий болезнь Боткина (см.). Кроме того, острые гепатиты могут быть обусловлены воздействием таких токсических агентов, как четыреххлористый углерод, дихлорэтан, а также злоупотребление алкоголем.

С и м п т о м ы. Характерны увеличение печени, появление желтухи, снижение аппетита, слабость, изменение лабораторных показателей (увеличение содержания билирубина). Эти проявления в случае интоксикации сочетаются с другими ее симптомами с поражением костного мозга, нервной системы, почек и т. д. Течение болезни может быть разнообразным от легкого, малосимптомного до тяжелого, быстро прогрессирующего, вплоть до развития печеночной комы. Переход острого токсического гепатита в прогрессирующий хронический наблюдается редко. Возможен острый токсико-аллергический гепатит в связи с лекарственной непереносимостью (см. *Лекарственная болезнь*).

Л е ч е н и е проводят дифференцированно в зависимости от этиологии поражения. Назначают полупостельный режим, диету, содержащую достаточное количество витаминов, белка, жидкости (вливание глюкозы, изотонического раствора хлорида натрия).

ГЕПАТИТ ХРОНИЧЕСКИЙ чаще развивается как исход острого вирусного гепатита. В его прогрессировании имеет значение и нарушение иммунных процессов. Болезнь может длительно протекать скрыто, выявляясь иногда лишь при развитии цирроза печени (см.).

С и м п т о м ы. Нередко больные жалуются на боли в области печени, обычно тупые, снижение аппетита, горечь, сухость во рту, диспепсические явления. При обследовании обнаруживают увеличение печени, иногда селезенки, в крови возможно повышение уровня билирубина, сдвиги белковых фракций сыворотки крови и осадочных проб (сулемовая, тимоловая, формоловая). Жалобы и изменения лабораторных показателей более выражены в период обострения болезни. Иногда при этом находят отчетливую желтуху, выражено повышение уровня билирубина. Диагноз уточняется при лапароскопии и пункционной биопсии печени, при этом выраженность морфологических изменений не всегда соответствует тяжести клинических проявлений болезни. У некоторых больных клинические признаки поражения печени бывают выражены незначительно и на первый план в клинической картине выступают симптомы, зависящие от иммунологических нарушений. У таких больных могут быть лихорадка, разнообразные кожные сыпи, артралгии, лимфаденопатия с увеличением гамма-глобулинов, иногда с обнаружением волчаночных клеток (см. *Системная красная волчанка*).

Л е ч е н и е. Необходим рациональный режим, в период обострения он должен быть более строгим, в течение некоторого времени необходимо пребывание в стационаре. Имеет значение соблюдение полноценной диеты с достаточным содержанием белков и витаминов, особенно группы В, аскорбиновой кислоты. Особенно важно воздержание от алкоголя и приема лекарств, ухудшающих функцию печени. При наличии системных проявлений этой патологии необходимо лечение кортикостеро-

идными препаратами (преднизолон), иногда и цитостатическими средствами (азатиоприн). При уменьшении активности процесса переходят на поддерживающую терапию, которую проводят длительное время амбулаторно.

ГИДРОТОРАКС — накопление жидкости в плевральной полости, обусловленное сердечной недостаточностью или почечной патологией.

Клинически имеют место выраженные признаки сердечной недостаточности (см.) с застоем в малом и большом круге кровообращения или проявления нефротического синдрома (см.). Перкуторно обнаруживают притупление звука в области выпота. Скопление жидкости обычно бывает двусторонним, но уровень стояния ее справа несколько выше. При аускультации дыхание в этой области ослаблено или не проводится. При пункции плевральной полости получают жидкость соломенно-желтого цвета с содержанием белка ниже 3 %. Рентгенологически обнаруживают затемнение в нижних отделах легких, при этом локализация его меняется при изменении положения тела.

Лечение сердечной недостаточности и нефротического синдрома проводится по общим правилам с применением мочегонных в достаточных дозах. При массивном скоплении жидкости необходима плевральная пункция.

ГИПЕРВИТАМИНОЗЫ — состояния, развивающиеся при употреблении избыточных доз некоторых витаминов. Наибольшее клиническое значение имеют гипервитаминозы A, D.

Гипервитаминоз А развивается при употреблении больших доз витаминов (больше 100 000 МЕ в день).

Симптомы: вялость, сонливость, головная боль. При осмотре выявляют шелушение кожи, выпадение волос и бровей, небольшое увеличение печени и селезенки.

Лечение заключается в отмене витамина, после чего все симптомы быстро исчезают. Иногда избыточно длительный прием продуктов (морковь, апельсиновый сок), содержащих витамин А (каротин), приводит к желтому прокрашиванию кожи, особенно ладоней и подошв. Эти изменения могут вызвать подозрение на желтуху. Однако в отличие от желтухи при отложении каротина отсутствует прокрашивание слизистых оболочек. Важное дифференциально-диагностическое значение имеет определение в крови содержания билирубина, которое бывает повышено только при желтухе.

Гипервитаминоз D см. главу «Детские болезни».

Остро возникающие симптомы передозировки некоторых витаминов иногда возникают у отдельных больных и могут зависеть от разных обстоятельств. Например, при приеме большой дозы никотиновой кислоты (1 г и более) в результате расширения сосудов могут возникнуть покраснение лица и туловища, чувство жара и жжения в этой области, обморочное состояние вследствие снижения АД.

Витамины группы В часто вызывают выраженные аллергические реакции: крапивницу, артралгии и т. д.

ГИПЕРПАРАТИРЕОИДНАЯ ФИБРОЗНАЯ ОСТЕОДИСТРОФИЯ, БОЛЕЗНЬ РЕКЛИНГХАУЗЕНА возникает в результате увеличения секреции паратгормона паращитовидными железами. Этот гормон усиливает выделение фосфора с мочой, что приводит и к потере кальция, мобилизации его из костей с гиперкальциемией и некоторым усилием выделения кальция с мочой и отложением в тканях.

Симптомы: слабость, потеря аппетита, боли в подложечной области, диспепсические явления. Объективно отмечают тахикардию, иногда лишь при специальном обследовании — камни в почках. Особенно обращают на себя внимание боли в костях, которые могут постепенно нарастать, сопровождаться спонтанными переломами. Рентгенологически обнаруживают субпериостальную резорбцию кости, а на более поздних стадиях большие очаги разрежения костной ткани. На ЭКГ возможны признаки гиперкальциемии: укорочение интервала Q — T, уширение QRS, снижение зубца T и увеличение зубца R. Отложение кальция в почках может привести к их значительному повреждению с возникновением гипертонии и нарушением выделительной функции. Аналогичные нарушения кальциевого обмена с соответствующими клиническими проявлениями могут быть при передозировке витамина D, метастазах опухолей в кости, некоторых поражениях почек.

Лечение состоит в удалении опухоли или резекции паращитовидных желез при их диффузной гиперплазии.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ характеризуется повышением систолического и диастолического АД. В норме у лиц моложе 50 лет АД не превышает 18,7/12,0 кПа (140/90 мм рт. ст.). У лиц старше 50 лет оно может быть несколько выше. Увеличение его сверх 21,3/13,3 кПа (160/100 мм рт. ст.) следует считать гипертонией. Повышение АД может быть ведущим симптомом ряда заболеваний, прежде всего почек, некоторых эндокринных желез (см. ниже дифференциальный диагноз). Однако чаще всего симптомов поражения других органов не выявляется, и тогда следует рассматривать больного как страдающего гипертонической болезнью. Возникновение ее часто связывают с нервно-психическим перенапряжением, особенно у лиц, у которых наблюдается так называемый синдром тревоги. Характерно наследственное предрасположение. Способствовать возникновению заболевания могут травмы мозга, атеросклероз, климакс, беременность, в ряде случаев — тяжелая психическая травма.

В развитии болезни существенное значение придают нарушению деятельности высших сосудодвигательных центров, расположенных в коре больших полушарий мозга и подкорковых центрах (ретикулярная формация мозга). При этом может изменяться как состояние периферического сосудистого русла со спазмом артериол, так и величина выброса сердца. Изменение кровообращения в почках ведет к повышенному выбросу ренина, превращающегося в крови в ангиотензин, который обладает выра-

женным прессорным свойством. Увеличение содержания ренина приводит к повышению секреции корой надпочечников альдостерона с последующей задержкой натрия и увеличением массы циркулирующей крови, что способствует артериальной гипертонии. Помимо этих факторов, в стабилизации артериальной гипертонии могут играть роль и другие вещества, например, депрессорные факторы. В начальной стадии болезни повышение АД в ряде случаев обусловливается в основном не сосудистым спазмом, а увеличением сердечного выброса при недостаточном расширении периферических сосудов.

Симптомы. Выделяют три стадии гипертонической болезни. В раннем периоде болезни (I стадия) повышение АД бывает непостоянным, длительно может наблюдаться и нормальное давление. Больные предъявляют жалобы на слабость, раздражительность, головную боль, плохой сон. При обследовании, помимо повышения уровня АД, чему соответствуют напряженный пульс обычной частоты, отмечают незначительное увеличение левого желудочка сердца, на глазном дне — небольшое сужение артериол. Во II стадии болезни повышение АД становится стойким, нормальное давление практически не регистрируется. Описанные выше невротические жалобы могут быть более выраженными, нередко появляются головокружение, одышка, вместо нетипичных болей в сердце может развиться истинная стенокардия (см.). При обследовании увеличение сердца проявляется усилением верхушечного толчка, смещением левой границы его кнаружи, появлением признаков гипертрофии левого желудочка на ЭКГ. Более выраженным и стойким становится сужение артериол глазного дна. В III стадии болезни наряду с симптомами гипертонической болезни имеются и признаки атеросклероза сосудов сердца, головного мозга, почек. При выраженном коронаросклерозе у больных развивается типичная стенокардия, а затем и выраженная сердечная недостаточность; при этом АД может несколько снизиться, хотя и не достигает нормальных цифр. При поражении сосудов мозга возможны мозговые инсульты (см. главу «Нервные болезни»), могут быть жалобы на тяжелые головные боли, снижение памяти, выраженные головокружения, может развиться слабоумие. В этой стадии болезни часто обнаруживают изменения в моче: протеинурию, гематурию, снижение относительной плотности, что зависит от прогрессирующего нефросклероза.

Течение гипертонической болезни может быть разнообразным. У некоторых больных длительное время жалобы и существенные объективные признаки поражения органов отсутствуют, несмотря на отчетливое повышение давления. Часто болезнь протекает с обострениями, кризами, которые выражаются в резком ухудшении состояния, со значительным повышением АД, интенсивной головной болью, головокружением, рвотой. Наряду с церебральными кризами могут наблюдаться кардиальные кризы с обострением коронарной недостаточности, а позже и появлением признаков сердечной недостаточности.

Помимо описанного выше обычного течения гипертонической болезни, наблюдается «злокачественная», быстро прогрессирующая форма ее. У таких больных АД достигает 40/24 кПа (300/180 мм рт. ст.), устойчиво к проводимой терапии. Повышение давления сопровождается ухудшением зрения вследствие быстрого поражения сетчатки глаза и отека сосочка зрительного нерва. Наряду с этим быстро прогрессируют мозговые симптомы, сердечная недостаточность, поражение почек с почечной недостаточностью. Морфологически при этом находят артериолонекроз, в частности в почках. Больные быстро теряют в массе тела. В крови обнаруживают увеличение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз. На ЭКГ выражена гипертрофия левого желудочка.

Дифференциальный диагноз гипертонической болезни проводят с симптоматическими гипертониями при заболеваниях почек (нефрит, пиелонефрит, поражение сосудов почек с их сужением), поражении некоторых эндокринных желез (синдром Иценко-Кушинга, опухоли надпочечников). При этом, помимо гипертонии, обнаруживают и другие симптомы основного заболевания. Некоторые особенности имеет и течение самой гипертонии. В каждом случае для уточнения диагноза может быть проведено специальное обследование, например, ангиография почечных артерий при подозрении на их сужение. От гипертонической болезни следует отличать систолическую гипертонию, возникающую, например, при атеросклерозе аорты, тиреотоксикозе, недостаточности клапанов аорты. При этом диастолическое давление остается или нормальным или даже сниженным (например, при недостаточности аортальных клапанов).

Лечение и профилактика. В начальной стадии болезни особенно важны нормализация условий труда и общего режима. Необходимы достаточная продолжительность сна, устранение тревожных ситуаций, регулярная физическая нагрузка. При необходимости назначают успокаивающие средства: настой валерианы, хлордиазепоксид (по 0,01 г 2—3 раза в день), диазепам (по 0,005 г 2 раза в день), а также резерпин (по 0,1 мг 2—3 раза в день).

При наклонности к тахикардии назначают анаприлин по 0,04 г 3 раза в день. В начальный период болезни полезно пребывание в профилакториях. На всех стадиях болезни целесообразно ограниченное употребление поваренной соли. При более тяжелой гипертонии наряду с препаратами типа резерпина назначают гипотиазид (по 0,025 г 2 раза в день), допегит (по 0,25 г 2—4 раза в день курсами), гемитон. При течении гипертонии, близком к злокачественному, добавляют альдактон (верошпирон по 0,025 г 4—6 раз в день). При гипертонических кризах вводят в/в 10 мл 25 % раствора сульфата магния, 4 мл 1 % раствора дибазола, 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина. Показаны горчичники, пиявки на затылок. Одновременно внутрь назначают большие дозы лекарств типа допегита, гемитона. При своевременном и активном лечении гипертонической болезни; даже при ее тяжелом течении, возможно облегчение течения болезни.

ГИПОТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ — снижение АД, как правило, при нарушении нервной регуляции тонуса сосудов.

Симптомы. Больные предъявляют жалобы на периоды немотивированной слабости, утомляемость, головокружение, сонливость. При обследовании отмечают снижение АД менее 13,3/9,33 кПа (100/70 мм рт. ст.).

Лечение проводят общеукрепляющими средствами, тонизирующими препаратами: настой корня женьшеня, пантокрин (по 30 капель 2—3 раза в день). Желательно употребление крепкого чая или черного кофе по утрам. Рекомендуются занятия физкультурой.

ГЛИСТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ вызываются следующими типами червей: круглыми (аскариды, острица, власоглав, кривоголовка, кишечная угрица, трихинелла), ленточными (широкий лентец, цепень бычий, свиной и карликовый, эхинококк), сосальщики (двуустка кошачья).

Анкилостомидозы (анкилостомоз и некатороз) вызываются круглыми червями семейства анкилостом: кривоголовкой и некатором. Источник инвазии — человек, у которого гельминты паразитируют в тонкой кишке. Яйца паразитов выделяются во внешнюю среду с фекалиями и дальнейшее их развитие происходит в почве. Человек заражается при проникновении личинок через неповрежденную кожу или употреблении загрязненных личинками продуктов питания (чаще всего овощей). Заболевание распространено преимущественно в условиях теплого климата, встречается также у лиц, работающих в глубоких шахтах.

Симптомы. В месте проникновения личинок развивается дерматит, наблюдаются зуд, сыпь, локальный отек, расчесы кожи. В связи с миграцией паразита развивается поражение легких с эозинофильным инфильтратом, бронхитом. При пероральном заражении эти симптомы отсутствуют. В поздней стадии анкилостомидоза характерны диспепсические жалобы: боли в животе, поносы или запоры, которые появляются через 1—2 месяца после заражения. Постепенно развивается железодефицитная анемия (см.). Диагноз подтверждается обнаружением в свежем кале яиц анкилостомид.

Лечение. Нафтамон (алькопар) в разовой и курсовой дозе 5 г натощак для взрослых. Левамизол (декарис) по 2,5 мг/кг принимают однократно перед сном. Вермокс по 100 мг 2 раза в день в течение 3 дней. Назначают также препараты железа как при железодефицитных анемиях, по показаниям — другие симптоматические средства.

Аскаридоз вызывается круглыми червями — аскаридами, достигающими в длину 40 см. Окончательным хозяином и единственным источником инвазии является человек. Аскариды паразитируют в тонком отделе кишечника, где самки откладывают яйца. Заражение возможно при проглатывании созревших яиц с пищей. После проглатывания яиц образуются личинки, мигрирующие в организме, что сопровождается клиническими проявлениями (см. *Эозинофильная пневмония*). Миграция продолжается 14—16 дней. Заболевание распространено повсеместно.

Симптомы. Инвазия может протекать практически бессимптомно. Однако у значительной части больных развиваются диспепсические расстройства: боли в животе, тошнота, нарушение аппетита, понос. Больные могут худеть. Нередко наблюдается плохое самочувствие, нарушение сна, снижение работоспособности. В крови — эозинофилия. Возможно развитие кишечной непроходимости или прободение стенки тонкой кишки. Решающим для диагноза в поздней стадии инвазии является обнаружение в кале яиц гельминтов.

Лечение. Пиперазин по 1 г 3 раза в день в течение 2 дней (для взрослых). В ранней миграционной фазе инвазии эффективен минтезол в суточной дозе 50 мг/кг в 2—3 приема. Курс лечения 5—7 дней.

Гименолепидоз вызывается карликовым цепнем. Цепень — червь небольших размеров, длиной до 5 см. Окончательным и промежуточным хозяином гельминта, единственным источником инвазии является человек. Зрелый гельминт паразитирует в тонкой кишке. Заражение происходит при заглатывании яиц червя. Инвазия встречается повсеместно, но особое распространение получила в районах с жарким и сухим климатом. Существенное значение имеет механическое повреждение стенок тонкой кишки взрослыми гельминтами и их личинками.

Симптомы. Почти у 1/3 инвазированных паразитирование гельминтов клинически не проявляется. Чаще всего больные жалуются на периодические боли в животе, тошноту, отсутствие аппетита, слюнотечение. Одновременно могут быть общее недомогание, раздражительность, слабость, головная боль, снижение работоспособности. У некоторых больных развиваются аллергические реакции — сыпи, кожный зуд, вазомоторный ринит. Возможны эозинофилия, повышение СОЭ, анемия нормохромного или гипохромного типа. Диагноз основывается на обнаружении гельминтов в кале.

Лечение. Фенасал в дозе 2 г однократно в 1-й день, затем по 0,5 г в течение последующих 6 дней. Проводят три 7-дневных цикла с интервалами 7 дней. Профилактика состоит в соблюдении личной гигиены (возможно повторное самозаражение), борьбе с мухами.

Дифиллоботриоз вызывается широким лентецом. Это самый длинный паразит человека, достигающий в длину 10 м. Окончательным хозяином и источником инвазии является человек. Промежуточные хозяева — рыбы (щука, окунь, ерш). Заражение связано с употреблением в пищу рыбы, не подвергнутой достаточной термической обработке.

Симптомы. Во взрослом состоянии паразит прикрепляется к слизистой оболочке тонкой кишки, его патогенное действие связано с механическим и токсико-аллергическим воздействием. Существенное значение при этом имеет эндогенный гиповитаминоз B_{12} и фолиевой кислоты, в связи с чем может развиться тяжелая анемия. Наряду с этим могут наблюдаться слабость, головокружения, боли в жи-

воте, диспепсические явления. В крови, помимо анемии, возможна эозинофилия. Диагноз подтверждается обнаружением в кале яиц широкого лентеца.

Л е ч е н и е. Фенасал в дозе 2 г однократно на ночь или утром натощак. При необходимости проводят терапию витамином B_{12} и фолиевой кислотой. Профилактика гельминтоза заключается в употреблении в пищу достаточно термически обработанной рыбы, а также в исключении загрязнения водоемов фекалиями.

Описторхоз и клонорхоз вызывается двуусткой, достигающей в длину 1 см. Заражение человека происходит при употреблении в пищу сырой, недостаточно просоленной рыбы с живыми метацеркариями. Болезнь распространена в некоторых речных бассейнах. У человека двуустка паразитирует в желчных протоках, желчном пузыре и поджелудочной железе. Основными патогенетическими механизмами являются токсическое и аллергическое воздействие гельминтов и их яиц на организм человека, а также механическое повреждение желчевыводящих путей и тканей печени.

С и м п т о м ы. В острой стадии болезни могут быть симптомы аллергии, отмечается недомогание. Чаще всего болезнь характеризуется признаками поражения желчевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы. Больные жалуются на боли и тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита. Часто находят увеличение печени. В крови имеется эозинофильный лейкоцитоз. Выявлена большая частота первичного рака печени в очагах описторхоза по сравнению с районами, свободными от него. Возможно присоединение вторичной инфекции с развитием холецистита или холангита. Диагноз подтверждается при обнаружении яиц двуустки в порции В дуоденального содержимого.

Л е ч е н и е. Взрослым назначают хлоксил в дозе 2—3 г после еды 3 раза в день, запивая молоком. Курс лечения 5 дней. По показаниям назначают антибиотики широкого спектра действия и соответствующую диету (см. *Холецистит*). Профилактика состоит в запрещении употребления сырой рыбы.

Тениидозы (тениоз, тениаринхоз) вызываются бычьим или свиным цепнем. Паразиты распространены повсеместно и достигают в длину нескольких метров. У человека находятся в кишечнике. Заболевание возникает при употреблении в пищу недостаточно прожаренных свинины или говядины. В патогенезе инвазии имеет значение повреждение слизистой оболочки тонкой кишки присосками, воздействие на организм продуктов обмена гельминта.

С и м п т о м ы. Тениидозы могут протекать бессимптомно. Наиболее характерны диспепсические расстройства, боли в животе, повышение или отсутствие аппетита, головная боль, плохой сон, обмороки и даже судорожные припадки. Диагноз ставят при обнаружении в кале члеников глистов, количество которых увеличивается после введения слабительных.

Л е ч е н и е тениаринхоза состоит в назначении фенасала в дозе 2 г однократно. Применяют также эфирный экстракт мужского папоротника (4—5 г).

При тениозе глистная инвазия может проявляться в виде цистицерка (личиночная стадия паразита) в подкожной клетчатке, мышцах, внутренних органах, мозге. Лечение цистицеркоза возможно только оперативное.

Трихинеллез — инвазия, вызываемая трихинеллой — мелким круглым гельминтом. Заражение происходит при употреблении в пищу зараженной, недостаточно обработанной, проваренной свинины или медвежатины. Трихинеллы во взрослом состоянии находятся в толстом или тонком кишечнике человека, где внедряются в толщу слизистой оболочки, откладывая в лимфатические сосуды личинки, которые разносятся отсюда по всему организму, попадают в скелетные мышцы, диафрагму и т. д. Основой патогенеза является сенсибилизирующее действие продуктов обмена и гибели паразитов на инвазированный организм, что приводит к аллергическим реакциям.

С и м п т о м ы. Основными признаками трихинеллеза являются отеки век и лица, полиморфная зудящая сыпь, боли в мышцах, часто повышение температуры, эозинофилия. При тяжелых формах болезни отеки и другие симптомы развиваются медленнее, сохраняются дольше, могут рецидивировать. В наиболее тяжелых случаях возможны прострация, менингоэнцефалит, миокардит, который может привести к сердечной недостаточности, поражения почек. Общая продолжительность заболевания колеблется от 1—2 до 5—6 нед. Для диагноза важны эпидемиологические данные (указания на употребление свинины или медвежатины, особенно если при исследовании остатков мяса в нем находят личинки трихинелл). Иногда диагноз подтверждается при изучении биоптатов мышц человека.

Л е ч е н и е проводят минтезолом, который назначают 2 раза в день по 25 мг/кг в течение 10 дней. Проводится также десенсибилизирующая терапия димедролом, дипразином, а при тяжелых формах — преднизолоном в средних и высоких дозах. Профилактика заключается в тщательном ветеринарном контроле на бойнях, исключении из продажи мяса, содержащего личинки паразита.

Трихоцефалез вызывается власоглавом. Хозяином и источником инвазии является человек. В организме гельминты паразитируют в толстой кишке. Заражение трихоцефалезом происходит при проглатывании яиц, содержащих личинку, что бывает при употреблении загрязненных овощей, фруктов, ягод. Болезнь распространена повсеместно, но особенно в южных районах. Власоглав, паразитируя в толстой кишке, повреждает слизистую оболочку, проникает иногда в глубь стенки толстой кишки, вызывает тифлит. Кроме того, имеет значение сенсибилизация организма продуктами обмена паразитов.

С и м п т о м ы. Болезнь может протекать бессимптомно. Возможны боли в животе, запоры, вздутие живота, а также раздражительность, головная боль, бессонница. Диагноз подтверждается при обнаружении в кале характерных яиц власоглава.

Лечение. Для дегельминтизации применяют нафтамон по 5 г в день в течение 5 дней, затем с промежутками в 6—7 дней проводят еще 1—2 курса. Применяют также вермокс по 200 мг/сут в течение 3—4 дней.

Энтеробиоз — распространенная глистная инвазия, вызываемая острицами. Эти гельминты достигают в длину 1 см. Источником инвазии является человек. Острицы паразитируют в дистальном отделе тонкой кишки, а также в толстых кишках, где они прикрепляются к стенке. Заражение происходит при проглатывании зрелых яиц. В развитии симптомов энтеробиоза имеет значение механическое повреждение паразитами слизистой оболочки кишечника, десенсибилизация организма продуктами обмена гельминтов.

Симптомы. Болезнь может проявляться зудом в нижних отделах прямой кишки, иногда мочеполовыми расстройствами. Выраженные желудочно-кишечные симптомы и нервные явления наблюдаются редко. Диагноз ставят уже иногда при расспросе, когда больной жалуется на зуд в области ануса. Обычное исследование кала не позволяет обнаружить инвазию. Для выявления паразита необходимо проводить перианальный соскоб палочкой, смоченной 1 % раствором щелочи, который требуется проводить повторно рано утром. При тщательном соблюдении личной гигиены через месяц наступает самоизлечение. Длительное течение болезни обусловлено повторным самозаражением. Болезнь может осложниться паразитарным аппендицитом, перитонитом, обусловленным перфорацией тонкой кишки острицами, выходом их в брюшную полость.

Лечение. Дегельминтизацию проводят пиперазином, который принимают в течение 5 дней подряд с 7-дневными перерывами. Препарат дают в виде таблеток: взрослым по 1,5—2 г на прием (3—4 г/сут) за 1 ч или спустя 1 ч после еды, детям до 1 года — 0,2 г на прием (0,4 г/сут), от 2 до 3 лет — по 0,3 г на прием (0,6 г/сут), 4—5 лет — по 0,5 г на прием, 6—8 лет — 0,75 г на прием, 9—12 лет — 1 г на прием, 13—15 лет — по 1,5 г на прием. Эффективны также пирвиний памоат, комбантрин, минтезол.

Эхинококкоз вызывается двумя видами паразита — гидатидозным (однокамерным) и альвеолярным (многокамерным) эхинококком. Заражение однокамерным эхинококком происходит при попадании яиц паразита в желудок, где образуются активно двигающиеся зародыши, проникающие в капилляры, откуда они попадают через воротную вену в печень. Большинство паразитов задерживается в печени, образуя там большие эхинококковые пузыри. Значительно меньшая часть их проходит через печень и задерживается в капиллярах легких. Незначительная часть зародышей может пройти через легкие по сосудам большого круга кровообращения и попасть в любой орган (сердце, мозг и т. д.). Человек заражается эхинококкозом при контакте с собаками, у которых паразитируют половозрелые гельминты или в результате употребления питьевой воды, ягод, загрязненных экскрементами хищников. Заболевание распространено преимущественно в виде очагов в некоторых районах Средней Азии, Сибири. В развитии клинических проявлений имеет значение механическое сдавление окружающих тканей пузырем. Эти ткани подвергаются воспалению, дистрофии. Возможно присоединение бактериальной флоры и нагноение эхинококковых пузырей. В случае разрыва пузыря может произойти обсеменение окружающих тканей.

Симптомы. Течение болезни хроническое, длительное, развивается оно постепенно. Наряду с общими симптомами, такими, как повторная крапивница, зуд, эозинофилия крови, имеются местные признаки, зависящие от локализации кисты паразита. Чаще всего инвазия протекает с поражением печени. Больных беспокоит боль, ощущение тяжести в правом подреберье. Нередко пальпируется увеличенная печень с неровной поверхностью. При эхинококкозе легких болезнь распознается чаще при случайном рентгенологическом исследовании, при котором находят округлые тени в легком с четкими границами. Течение болезни может осложниться нагноением с развитием абсцесса печени или легкого. При этом может быть упорная лихорадка, природа которой не всегда распознается легко. При подозрении на эхинококк ставят реакцию преципитации, для которой берут сыворотку крови больного и смешивают с эхинококковым антигеном.

Лечение — хирургическое удаление кист. Возможно самоизлечение с гибелью паразита и обызвествлением кисты.

Реже наблюдается заражение человека многокамерным эхинококком (альвеококкоз). Личинки паразита задерживаются только в печени. Больные могут предъявлять жалобы на чувство тяжести, боли в правом подреберье и в подложечной области. Печень увеличена и плотна на ощупь. Может увеличиваться также селезенка. У многих больных развивается желтуха. Болезнь прогрессирует с развитием кахексии и печеночной недостаточности. Диагноз уточняется при проведении лапароскопии и сканировании печени. При своевременно распознанном альвеококкозе возможно хирургическое лечение. В профилактике альвеококкоза имеет значение соблюдение правил личной гигиены, особенно при обработке шкур диких животных.

ГРУДНАЯ ЖАБА см. *Стенокардия.*

ДЕРМАТОМИОЗИТ — болезнь с системным поражением поперечно-полосатой мускулатуры воспалительного характера и нередким дерматозом. Относится к группе диффузных болезней соединительной ткани (коллагенозы). Развитие болезни связывают с сенсибилизацией на различные антигены и раздражители. Иногда болезнь развивается после переохлаждения, инсоляции, в ответ на введение некоторых лекарств. У значительной части взрослых больных дерматомиозит развивается на фоне злокачественных опухолей различной локализации, которые иногда выявляются значительно позже.

Симптомы. Начало болезни может быть острым, с повышением температуры до 38—39 °С, затем появлением болей в мышцах

и эритемы на лице с дальнейшим нарастанием симптоматики. Возможно и более постепенное, иногда незаметное начало болезни. Наиболее характерный симптом — выраженная мышечная слабость, при которой больной не может самостоятельно сесть на постели, причесаться, держать ложку, а в тяжелых случаях бывает полностью обездвижен с постепенной атрофией мышц. При поражении мышц глотки и пищевода могут быть поперхивание, нарушение глотания. Изменения кожи могут проявляться обширной эритемой на лице, руках, шелушением, иногда с последующей пигментацией пораженных участков. Характерно появление отека и эритемы с фиолетовым оттенком вокруг глаз. Значительное поражение внутренних органов встречается относительно редко. Иногда отмечают артралгии. Возможно поражение легких в виде диффузного пневмосклероза. Поражение сердца проявляется прежде всего изменениями на ЭКГ, в отдельных случаях оно протекает с развитием сердечной недостаточности. Из общих симптомов болезни наиболее часто значительное похудание. У некоторых больных наблюдаются умеренная анемия, лейкоцитоз, реже повышенная СОЭ.

Л е ч е н и е. При остром течении дерматомиозита назначают большие дозы преднизолона (60—80 мг/сут). Учитывая необходимость относительно длительного применения препарата (несколько недель), следует внимательно контролировать состояние больного ввиду возможности побочных явлений. При достижении клинической ремиссии постепенно переходят на поддерживающее лечение (преднизолон 5—10 мг/сут). Возможно наступление длительной полной ремиссии, причем больные могут сохранять трудоспособность в течение многих лет.

ДЕФОРМИРУЮЩИЙ АРТРИТ см. *Остеоартроз деформирующий.*

ДИАБЕТ НЕСАХАРНЫЙ, НЕСАХАРНОЕ МОЧЕИЗНУРЕНИЕ — болезнь, связанная с поражением задней доли гипофиза или гипоталамуса со снижением секреции антидиуретического гормона. В результате больной постоянно выделяет большое количество мочи. Эта патология иногда развивается после травмы черепа, менингита, при опухоли мозга. Однако в ряде случаев причину выяснить не удается.

С и м п т о м ы. Больные ощущают выраженную жажду, в результате чего выпивают до 5—10 л жидкости в день; увеличивается диурез, причем относительная плотность мочи снижается до 1001—1006, патологических элементов в ней не находят.

Л е ч е н и е в более тяжелых случаях проводят гипотиазидом по 50 мг 2 раза в день циклами. Природа такого необычного действия гипотиазида остается неясной. В случае недостаточной эффективности гипотиазида применяют адиурекрин интраназально по 30—50 мг порошка.

ДИАБЕТ САХАРНЫЙ — болезнь, протекающая с выраженным нарушением обмена, прежде всего — углеводного с повышением уровня сахара в крови. Болезнь обусловлена недостатком в организме гормона поджелудочной железы — инсулина. Развитие клинических проявлений болезни иногда связано с перенесенной инфекцией, психической травмой, панкреатитом, опухолью поджелудочной железы. Нередко сахарный диабет развивается при ожирении и некоторых других эндокринных заболеваниях. Определенную роль может играть также наследственность.

С и м п т о м ы. Характерны жажда, выделение большого количества мочи, повышение содержания сахара в крови и появление сахара в моче. К врачу больного чаще приводит именно жажда и связанная с ней полиурия, иногда похудание. Однако нередко заболевание впервые распознается по соответствующим характерным изменениям содержания сахара в крови и моче при случайном обследовании. Выделяют две формы сахарного диабета: тяжелую с высоким уровнем гипергликемии и выраженной глюкозурией, быстрым похуданием — преимущественно у молодых лиц; и более легкую и средней тяжести с менее выраженной гипергликемией у лиц пожилого возраста, при которой тяжесть состояния больных чаще связана с такими осложнениями, как атеросклероз венечных сосудов сердца, нейропатия и др. При обследовании больных сахарным диабетом часто отмечают значительную сухость кожи, признаки гнойной инфекции (например, фурункулез). В местах инъекций инсулина у некоторых больных наблюдается исчезновение жира. Нередки афтозный стоматит и пиорея, приводящая к выпадению зубов. Часты сердечно-сосудистые поражения, прежде всего в виде атеросклероза сосудов сердца и нижних конечностей. Отмечаются также изменения мелких сосудов. Диабетическая ретинопатия может вести к ослаблению и даже потере зрения. Значительно чаще стало наблюдаться за последние годы поражение почек: диабетический гломерулосклероз, характеризующийся альбуминурией, гипертонией, ретинопатией, развитием нефротического синдрома (см.). Поражение почек, которое может осложниться также инфекцией мочевых путей, приводит к почечной недостаточности. При тяжелом течении диабета содержание сахара в крови натощак достигает 13,9—16,6 ммоль/л с одновременным накоплением в крови недоокисленных продуктов жирового обмена, выделяемых также с мочой (кетоновые тела).

Диабетическая кома развивается при тяжелом течении сахарного диабета в результате его прогрессирования, присоединения инфекции или нервных потрясений. Ухудшение возникает исподволь: больной отмечает недомогание, апатию, сонливость. Характерно изменение дыхания, которое становится глубоким большим (куссмаулевское). При этом имеется запах ацетона изо рта. Помимо значительного обезвоживания больного, сухости кожи, часты боли в животе и диспепсические явления. Конечности холодные, температура тела ниже нормальной, пульс учащенный, слабый, мышцы расслаблены, сухожильные рефлексы понижены. В крови содержание сахара достигает 22,2—55,6 ммоль/л. Обнаруживается лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. В моче появляются кетоновые тела при значительной глюкозурии. Патогенез диабетической комы

в значительной степени связывают с ацидозом, обусловленным накоплением кетоновых тел и их токсическим влиянием. Поскольку больные диабетом часто лечатся инсулином, то при возникновении комы приходится нередко дифференцировать диабетическую кому от так называемой гипогликемической комы, при которой резкое снижение уровня сахара в крови с нарушением сознания возникает при передозировке инсулина.

Гипогликемическая кома возникает у больных сахарным диабетом при несвоевременном приеме пищи после введения инсулина, а также под влиянием таких факторов, как большая физическая нагрузка, злоупотребление алкоголем и др. Больные отмечают чувство голода, общую слабость, дрожание конечностей, потливость. Иногда потеря сознания наступает очень быстро, вслед за появлением этих симптомов, при этом могут возникнуть тонические судороги разгибательных мышц, что вызывает подозрение об эпилептическом припадке. Изменения психики и поведения у некоторых больных напоминают алкогольное опьянение. В отличие от диабетической комы диспепсические явления и боли в животе отсутствуют, дыхание не изменено. Содержание сахара в крови обычно снижено до 2,78—3,33 ммоль/л.

При более легком течении сахарного диабета повышение сахара в крови не достигает 11,1 ммоль/л. Для выявления начальных нарушений углеводного обмена при отсутствии клинических симптомов его проводят специальную пробу с нагрузкой глюкозой. После приема внутрь 50 г глюкозы, растворенной в воде, у больных диабетом содержание сахара в крови через 30 мин превышает 11,1 ммоль/л (у здоровых оно обычно не достигает 8,33 ммоль/л). Через 2 ч гипергликемия сохраняется, тогда как у здоровых к этому времени уровень сахара снижается по сравнению с исходным.

Л е ч е н и е. При легком течении сахарного диабета больным следует соблюдать диету с ограничением углеводов до 200 г/сут с исключением в первую очередь сахара и сладостей. При диабете средней тяжести назначают сульфаниламидные препараты (бутамид по 0,5—1 г 3 раза в день, через 3—4 дня переходят на поддерживающие дозы 0,25—1 г/сут или хлорпропамид по 0,1—0,2 г 3 раза в сутки, через 5 дней снижают дозу до 0,1 г 2 раза в сутки). При тяжелом течении диабета назначают инсулин в виде подкожных или внутримышечных инъекций в индивидуально подобранной дозе. Эффект инсулина сохраняется в течение 6 ч, поэтому его приходится вводить 3 раза в день за 30 мин до приема пищи. В настоящее время получены препараты инсулина продленного действия — инсулин-ленте, инсулин-семиленте. При подобранной дозе этих препаратов удается обойтись однократной инъекцией инсулина в сутки. При диабетической коме лечение начинают с введения в/в 60 ЕД инсулина в 50 мл раствора глюкозы и одновременно вводят 60 ЕД препарата подкожно. В дальнейшем капельно в течение суток вводят до 3 л жидкости в виде 5 % раствора глюкозы, изотонического раствора хлорида натрия, добавляя 200—400 мл 5 % раствора гидрокарбоната натрия. Контролируя содержание сахара в крови, а также сахара и кетоновых тел в моче в течение суток каждые 3 ч вводят по 20—40 ЕД инсулина; в тяжелых случаях за сутки вводят до 1000 ЕД инсулина и более. При коллапсе вводят мезатон, эфедрин. При возникновении гипогликемии в/в вводят 20—40 мл 40 % раствора глюкозы, одновременно дают сахар внутрь, в более тяжелых случаях вводят под кожу адреналин. При сосудистых поражениях назначают витамины группы В, анаболические стероиды. Лечение поражения почек симптоматическое.

ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ — патологическое состояние, возникающее в результате нарушений моторной функции желчевыводящих путей. Существует два типа дискинезии: при одном преобладают снижение тонуса желчного пузыря, при другом — спастические явления в нем. Дискинезия желчных путей часто сопутствует желчнокаменной болезни, холециститу, может протекать и самостоятельно.

С и м п т о м ы. Боли в правом подреберье, тошнота, изредка рвота, может быть небольшой субфебрилитет, который связан с вегетативной дисфункцией. Уточнению типа дискинезии помогает холецистография, которая выявляет наклонность к спазму или атонии. Иногда бывает трудно отличить дискинезию от латентно протекающего хронического холецистита, в пользу которого говорят такие признаки инфекции, как нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Дуоденальное зондирование при этом имеет меньшее значение для диагностики.

Л е ч е н и е. Целесообразно применение легких седативных препаратов, желчегонных средств (аллохол, холосас, настой кукурузных рыльцев), спазмолитиков (папаверин).

ДИСТРОФИЯ АДИПОЗОГЕНИТАЛЬНАЯ развивается в результате поражения гипоталамуса после энцефалита, на почве опухоли и т. д. Основные симптомы — ожирение, дефекты развития скелета и недоразвитие половых органов. Жир откладывается в области лобка, молочных желез, бедер, нижней части живота. Задерживаются рост тела, закрытие эпифизарных хрящей. У некоторых больных развивается несахарный диабет (см.).

Л е ч е н и е заключается в хирургической операции или в лучевой терапии опухоли.

ДИСТРОФИЯ МИОКАРДА — повреждение сердечной мышцы невоспалительного происхождения. Возникает при многих болезнях, обусловленных эндокринными нарушениями, интоксикациями, анемией, нарушением обмена электролитов и т. д. Хорошо известна дистрофия миокарда при тиреотоксикозе (см.), микседеме (см), гиперкортицизме. При заболеваниях почек, печени, коллагенозах дистрофия миокарда бывает обусловлена сочетанным действием ряда факторов (в частности таких, как анемия, гипертония, диспротеинемия).

С и м п т о м ы связаны с характером основного заболевания. Изменения в сердце обычно развиваются постепенно и сначала обнаруживаются на ЭКГ. В дальнейшем отмеча-

ют увеличение размеров сердца, нередко выраженные признаки сердечной недостаточности. На ЭКГ, помимо изменений желудочкового комплекса (снижение или инверсия зубца *Т*), наблюдаются нарушения ритма (экстрасистолия, реже мерцательная аритмия). При значительной дилатации сердца определяются грубые шумы в сердце, преимущественно систолический, особенно характерный для тяжелой анемии. Могут быть боли в области сердца различного характера, которые в отличие от стенокардии не связаны с физической нагрузкой.

Лечение и профилактика дистрофии миокарда тесно связаны с терапией основного заболевания. Помимо этого, показано назначение комплекса витаминов, препаратов калия (панангин). При наличии сердечной недостаточности возможно применение сердечных гликозидов в небольших дозах.

ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ ЖИРОВАЯ — избыточное накопление жира в клетках печеночной паренхимы, связанное с некоторыми интоксикациями (хронический алкоголизм), метаболическими нарушениями при сахарном диабете, нерациональным питанием с недостатком белков и липотропных факторов, хроническими инфекциями (туберкулез), а также с приемом некоторых лекарств (например, кортикостероидов).

Симптомы. В клинической картине, как правило, ведущими являются внепеченочные симптомы поражения. Однако в дальнейшем отмечают небольшое увеличение печени, появляются так называемые малые печеночные признаки: красные ладони, малиновый язык. При длительном повреждающем действии некоторых факторов, прежде всего алкоголя, может развиться цирроз печени (см.).

В сыворотке крови обнаруживают значительные сдвиги лабораторных показателей и прежде всего осадочных проб (тимоловая, формоловая, сулемовая). Для раннего диагноза цирроза печени решающее значение имеет пункционная биопсия ее.

Лечение и профилактика жировой дистрофии состоит в применении сбалансированного питания с достаточным содержанием полноценного белка и витаминов, исключении повреждающих факторов, прежде всего алкоголя. Рекомендуются витамины группы В, фолиевая кислота по 10—30 мг/сут, метионин по 0,5 г 3—4 раза в день, анаболические стероиды (ретаболил, метандростенолон). За исключением алкогольного поражения, жировая дистрофия печени обычно протекает доброкачественно, не дает выраженных клинических проявлений, не прогрессирует.

ДИСТРОФИЯ (АТРОФИЯ) ПЕЧЕНИ ОСТРАЯ ИЛИ ПОДОСТРАЯ развивается при большом некрозе ткани печени в результате острого вирусного гепатита, реже интоксикаций (отравление соединениями фосфора и др.). В развитии острого некроза большое значение имеют иммунные нарушения.

Симптомы. Чаще всего это состояние возникает при эпидемическом гепатите. Вначале может протекать относительно легко и даже почти бессимптомно. Однако внезапно может наступить ухудшение с быстро нарастающей желтухой, изменениями нервной системы, усилением кровоточивости, появлением своеобразного запаха изо рта, иногда лихорадкой, болями в животе. Печень может быстро уменьшиться. При развитии печеночной комы больной становится дезориентированным, возникает бред, галлюцинации, затем потеря сознания. Иногда развиваются асцит и отеки. В крови резко увеличивается содержание билирубина, аминотрансфераз, уровень холестерина снижается. Болезнь может быстро закончиться летально, в случае успешного лечения в течение нескольких недель происходит постепенное улучшение всех показателей.

Лечение состоит во введении достаточного количества жидкости: 5 % раствор глюкозы в/в не менее 2 л в день. Одновременно с глюкозой вводят до 20—30 ЕД инсулина, витамины группы В, аскорбиновую кислоту. Важное значение имеет введение преднизолона или гидрокортизона. Доза этих препаратов может колебаться, зависеть от тяжести общего состояния больного.

ЖЕЛТУХА — желтая окраска кожи, слизистых оболочек, характерная для поражений печени и желчных путей, а также для заболеваний, протекающих с массивным гемолизом. Желтуха вызывается избыточным содержанием билирубина в сыворотке крови. Различают следующие патогенетические формы желтухи: механическую, паренхиматозную, гемолитическую и так называемую доброкачественную.

Механическая желтуха развивается при нарушении оттока желчи по желчевыводящим путям. Желчный проток может быть закупорен камнем, а также сдавлен опухолью головки поджелудочной железы. Печеночная закупорка мелких желчных путей может быть при холангите, билиарном циррозе печени. Во всех случаях желтуха бывает выраженной, сопровождается зудом, брадикардией, что связано с повышением содержания желчных кислот в крови. В сыворотке повышено содержание билирубина, а также холестерина. Кал обесцвечен. Моча темная вследствие повышения содержания билирубина. Своевременное установление генеза механической желтухи имеет большое значение ввиду возможности оперативного излечения.

Паренхиматозная желтуха развивается при повреждении печеночных клеток. Наблюдается при вирусном, токсическом гепатитах, циррозах печени и т. д. При этом нарушение выделения билирубина с кровью в желчные пути сопровождается повышением его содержания в сыворотке крови; имеются сдвиги осадочных проб. Кал может быть обесцвечен в течение короткого срока.

Гемолитическая желтуха не связана с поражением печени и возникает при значительном гемолизе (см. *Гемолитическая анемия*) вследствие усиленного разрушения эритроцитов и повышенного образования билирубина. У таких больных желтуха бывает выражена умеренно. Диагностическое значение имеет определение некоторых особенностей билирубина (так называемый непрямой билирубин).

Доброкачественная желтуха обусловлена или нарушением захвата билирубина клетками печени из крови (синдром Жильбера), или нарушением выделения билирубина в желчные протоки (синдром Дубина — Джонсона).

Эти нарушения связывают с врожденными дефектами некоторых ферментов клеток печени. Эту патологию приходится дифференцировать от гепатитов легкого течения. При этом решающее значение нередко имеют данные пункционной биопсии печени, при которой у больных доброкачественной желтухой патологии или не обнаруживают или находят небольшое отложение меланина.

Лечение больных желтухами разного происхождения имеет свои особенности, связанные с их генезом.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ характеризуется образованием камней в желчном пузыре или общем желчном протоке. Этому способствуют нарушения обмена холестерина и некоторых солей, инфекции желчевыводящих путей, нарушения оттока желчи из пузыря. Камни могут состоять из холестерина, билирубина, солей кальция.

Симптомы. Наиболее типичны желчная колика и диспепсические явления. При колике появляются боли в правом подреберье, часто очень сильные, отдающие в правое плечо и лопатку. Боли могут появиться через 2—3 ч после еды (часто после употребления жирной пищи), иногда после длительной тряской езды. Боль сопровождается тошнотой, рвотой. При пальпации живота наибольшая болезненность определяется в точке пересечения X ребра с наружным краем правой прямой мышцы живота. Если приступ связан с движением камня в желчных путях и закупоркой их, то возникает выраженная желтуха. При этом могут быть признаки обострения холецистита с повышением температуры, изменениями в крови. Однако нередко обострение желчнокаменной болезни может проявиться одним диспепсическим синдромом с чувством полноты в подложечной области, отрыжкой, иногда рвотой. При этом боли в правом подреберье могут быть выражены незначительно и определяться в основном при пальпации живота. Характерно появление болезненности при давлении на правый диафрагмальный нерв (между ножками правой грудино-ключичной мышцы). Желчнокаменная болезнь может осложниться острым холециститом, холангитом, стойкой механической желтухой, обусловленной закупоркой камнем общего желчного протока, нередко требующей хирургического вмешательства. Желчнокаменную болезнь, помимо патологии желчного пузыря, дифференцируют от заболеваний желудочно-кишечного тракта, почек и др.

Лечение и профилактика заключаются прежде всего в правильном питании, ограничении приема жирной пищи, приеме желчегонных. В период желчной колики необходимы диета, введение атропина, а при сильных болях промедола. Вне обострений показано санаторно-курортное лечение. При возникновении тяжелых осложнений, а также при частых обострениях желчнокаменной болезни необходимо хирургическое вмешательство.

ЗАПОР — редкое опорожнение толстого кишечника в результате нарушения его моторной функции. Стул может быть 1 раз в неделю и даже реже. Запор может быть симптомом многих заболеваний: опухоли толстого кишечника, непроходимости тонкого кишечника различного происхождения, а также функциональных нарушений двигательной функции кишечника. Запоры могут сопровождаться другими признаками неврастении — бессонницей, головной болью и т. д. Развитию запоров в этих случаях способствуют неправильное питание с недостатком продуктов, содержащих клетчатку, малоподвижный образ жизни, слабость мышц брюшного пресса. Запоры могут возникать при ряде эндокринных заболеваний (микседема, недостаточность надпочечников), при которых они являются одним из второстепенных симптомов и обычно функция кишечника улучшается при лечении этих заболеваний.

Лечение. При отсутствии органического заболевания, требующего специального лечения, терапия запоров сводится к назначению правильного пищевого и общего режима: пища должна содержать черный хлеб, овощи, кислое молоко. Рекомендуется употребление натощак простокваши, кефира без сахара и хлеба, холодной воды. Послабляющее действие оказывает употребление в пищу хорошо сваренной свеклы с растительным маслом. Рекомендуется более активный образ жизни с обязательным включением гимнастики, особенно комплекса упражнений для брюшного пресса. Могут употребляться слабительные: ревень по 1 г 2—3 раза в день; препараты крушины, регулакс, слабительный чай. Эти средства следует применять периодически, короткими циклами, при снижении эффективности, чередуя их друг с другом.

ЗОБ ЭНДЕМИЧЕСКИЙ — увеличение щитовидной железы, возникающее в результате недостатка йода в пище. В СССР очаги заболевания наблюдаются на Кавказе, Алтае, в Чувашии. В развитии эндемического зоба имеет значение и генетическая предрасположенность.

Симптомы. Увеличение щитовидной железы обычно невелико. В более редких случаях при больших размерах зоба, особенно при загрудинной локализации его, развиваются симптомы сдавления трахеи и гортани, а также сдавление пищевода с нарушением глотания. Функция железы может быть несколько понижена, у детей при этом наблюдается иногда картина кретинизма, а у взрослых — микседемы (см.). Однако может быть и нерезко выраженный тиреотоксикоз.

Лечение. Малые дозы йода: таблетки «антиструмин», содержащие по 1 мг йодида калия (1—2 таблетки в день 3 раза в неделю), или 0,25 % раствор йодида калия (по 1 чайной ложке ежедневно 1 раз в день в течение длительного времени). При сдавлении соседних органов показано хирургическое лечение.

Профилактически в тех районах, где есть больные эндемическим зобом, к поваренной соли рекомендуется добавлять йодид калия.

ИНФАРКТ ЛЕГКОГО возникает в результате закупорки ветвей легочной артерии тром-

бом или эмболом. Это поражение чаще всего связано с тромбофлебитом периферических вен, который иногда протекает скрыто. Массивная эмболия легочной артерии может привести к молниеносной смерти. Инфаркт легкого может возникать у больных на фоне застоя крови с последующим тромбозом ветвей легочной артерии.

Симптомы. В типичных случаях остро возникает боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании и кашле, появляется кашель с выделением мокроты, часто с прожилками крови или кровохарканье. Обращает на себя внимание выраженная одышка, цианоз. Иногда, особенно при значительной эмболии, развиваются коллапс и острое легочное сердце (см.). В зоне поражения легких могут определяться влажные хрипы и шум плевры. Характерные рентгенологические признаки инфаркта легкого (клиновидная тень) наблюдаются лишь в части случаев. Течение болезни часто осложняется пневмонией. Иногда эмболия сосудов легких, не сопровождаясь инфарктом легкого, может привести к появлению признаков острого легочного сердца (см.).

Лечение. Прежде всего следует стремиться к устранению коллапса (см), вводят обезболивающие средства (промедол, пантопон), рекомендуется введение гепарина (при отсутствии выраженного застоя в легких) по 5000 ЕД каждые 4—6 ч под контролем свертываемости крови. В связи с возможностью инфекционных осложнений показаны антибиотики. Назначают также ингаляции кислорода.

Профилактика инфаркта легкого направлена прежде всего на предупреждение тромбоза вен нижних конечностей (рекомендуются ранние движения и массаж конечностей, применение эластичного бинта на голени у больных, перенесших операции, инфаркт миокарда).

ИНФАРКТ МИОКАРДА — омертвение участка сердечной мышцы в результате нарушения ее кровоснабжения. У большинства больных инфаркт миокарда возникает на фоне атеросклероза венечных сосудов сердца, осложненного тромбозом этих артерий. Чаще всего инфаркту миокарда предшествуют приступы стенокардии (см.).

Симптомы. Главным и наиболее частым симптомом является боль, локализующаяся за грудиной, с иррадиацией в левую лопатку, руку. Боль продолжается не менее получаса, а нередко в течение многих часов. Интенсивность ее может быть весьма различной; иногда ощущается лишь чувство жжения или тяжести за грудиной, чаще боль бывает настолько резкой, что больные испытывают выраженное беспокойство и страх смерти. У $^1/_5$ больных развивается острая сосудистая недостаточность — кардиогенный шок. Иногда этому предшествует некоторое возбуждение, беспокойство с повышением АД. В дальнейшем АД значительно снижается, больной чувствует резкую слабость, головокружение, бледнеет, покрывается потом, возможно нарушение сознания. Помимо гипотонии, отмечается выраженная тахикардия, пульс слабого наполнения. Шоковое состояние может сохраняться часами, что прогностически неблагоприятно. У некоторых больных инфаркт миокарда на ранней стадии осложняется острой левожелудочковой недостаточностью, что проявляется сердечной астмой (см.) или отеком легкого (см.). При локализации инфаркта на задней стенке левого желудочка боль отмечается в подложечной области и сопровождается тошнотой, рвотой, что вызывает диагностические трудности. На ЭКГ в острый период появляется глубокий и уширенный зубец Q, снижается зубец R, отмечается подъем сегмента ST с последующим его снижением и переходом в отрицательный зубец Т. По тому, в каких отведениях ЭКГ эти изменения выявляются, можно судить о локализации инфаркта. На 2—5-й день болезни при инфаркте повышается температура, появляется лейкоцитоз и несколько позже увеличение СОЭ. В сыворотке крови повышена активность аминотрансфераз, лактатдегидрогеназы.

Инфаркт миокарда на любой стадии его развития может осложняться различными нарушениями ритма сердца. Непосредственной причиной смерти может быть мерцание желудочков. В острый период болезни возможен разрыв стенки желудочка с развитием тампонады сердца. В более поздний период иногда развивается так называемый постинфарктный синдром: появляются лихорадка, признаки пневмонии, плеврита, перикардита, боли в суставах и т. д. При обширном инфаркте может образоваться аневризма сердца, которая постепенно приводит к сердечной недостаточности.

Лечение. В первую очередь следует снять болевые ощущения, для чего назначают промедол, морфин, фентанил с дроперидолом. Иногда эти средства приходится вводить повторно. Терапию кардиогенного шока проводят по общим правилам, вводят строфантин капельно в связи с опасностью развития мерцания желудочков. Применяют также сосудистые средства (0,5—1 мл 1 % раствора мезатона под кожу или в/м и норадреналин в/в капельно). Повторно вводят кордиамин по 1—2 мл под кожу. Применяют также другие средства, используемые при острой сосудистой недостаточности (см.). Для лечения отека легких вводят строфантин и мочегонные средства. С 1-го дня инфаркта миокарда можно назначить антикоагулянты: сначала гепарин 5000—10 000 ЕД через 4—6 ч под контролем свертываемости крови. Через несколько дней переходят на антикоагулянты непрямого действия: фенилин 0,03 г 2—3 раза в день под контролем протромбинового времени, поддерживая протромбиновый индекс на уровне 40—60 %. Больному следует соблюдать строгий постельный режим в течение 10—14 дней, однако в этом периоде рекомендуют движения пальцами рук и стоп, затем и в более крупных суставах, что можно начинать уже через 2—3 дня после ликвидации болей и при отсутствии осложнений инфаркта миокарда. При постинфарктном синдроме эффективно лечение кортикостероидами (преднизолон), бутадионом. При возникновении аневризмы сердца предпринимаются попытки хирургического лечения. При необхо-

димости применяют также различные антиаритмические средства (см. *Аритмии сердца*), на них более целесообразно назначение анаприлина и лидокаина.

Профилактика инфаркта миокарда состоит в предупреждении атеросклероза и гипертонической болезни (см.). Важна регулярная физическая нагрузка.

ИСТОЩЕНИЕ (КАХЕКСИЯ) сопровождается большой потерей массы тела за счет исчезновения жировой клетчатки, атрофией мышц. Возникает при голодании, недостаточной калорийности пищи, а также при различных заболеваниях с нарушением прохождения пищи (сужение пищевода), пищеварения и всасывания (энтериты). Истощение нередко сопровождает злокачественные опухоли различной локализации, длительно существующую сердечную недостаточность, хронические нагноительные процессы, некоторые нейроэндокринные расстройства. Исключительно редко истощение может быть психогенного происхождения.

Симптомы. Клинические проявления при кахексии различного происхождения могут быть связаны с характером основного заболевания. Одновременно чаще всего имеется слабость, сонливость, при алиментарной кахексии характерно постоянное чувство голода и жажды. При обследовании отмечают резкое истощение, бледность кожи, иногда отеки, связанные с гипопротеинемией.

Лечение. Полноценное питание, некоторое время постельный режим. При необходимости — переливание крови, плазмы, глюкозы. Питание увеличивают постепенно, начинают с легко усвояемых блюд. При различной патологии необходима в первую очередь рациональная терапия основного заболевания.

ИЦЕНКО-КУШИНГА БОЛЕЗНЬ возникает в результате избыточной секреции корой надпочечников глюкокортикоидов. Обычно это происходит в связи с увеличением выделения гипофизом адренокортикотропного гормона (АКТГ), что обусловлено аденомой передней доли гипофиза или изменениями его, вызванными инфекционным или травматическим поражением гипоталамуса.

Симптомы. У больных происходит избыточное отложение жира на туловище, на лице, которое приобретает лунообразную форму, в задненижнем отделе шеи. На коже живота появляются полосы растяжения розоватого цвета (стрии). Повышается АД, что может приводить к жалобам на головную боль, слабость и т. д. Развивается остеопороз, иногда сопровождающийся патологическими переломами. Могут возникнуть нарушения электролитного равновесия с гипокалиемией. В крови нередко находят повышенное содержание сахара, с чем может быть связана глюкозурия. Течение болезни обычно длительное, ее прогрессирование связано или с развитием осложнений, или с ростом злокачественной опухоли, гипофиза.

Лечение. Рентгеновское облучение гипоталамуса и гипофиза, реже хирургическое вмешательство в этой области.

Аналогичные клинические проявления наблюдаются при опухоли надпочечников, выделяющих избыточное количество различных стероидных гормонов, а также при передозировке кортикостероидов, назначаемых с лечебной целью при разнообразных болезнях (синдром Иценко-Кушинга). При этом опасным осложнением может быть возникновение язв в желудке и кишечнике, иногда приводящих к массивным кровотечениям. В связи с этим при назначении кортикостероидов приходится учитывать возможные противопоказания, которые диктуются характерными особенностями клиники кушингоидного синдрома.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА см. *Атеросклероз, Стенокардия, Инфаркт миокарда.*

КАПИЛЛЯРОТОКСИКОЗ см. *Геморрагические диатезы, геморрагический васкулит.*

КАРДИОМИОПАТИИ — поражение мышцы сердца невыясненной этиологии. Нередко кардиомиопатию приходится дифференцировать от идиопатического миокардита Фидлера, который сопровождается более отчетливыми общими воспалительными проявлениями. В ряде случаев при более тщательном расспросе удается выявить роль некоторых факторов развития кардиомиопатии (например, длительное злоупотребление алкоголем).

Кардиомиопатия развивается обычно постепенно, исподволь. У некоторых больных с начала заболевания поражение миокарда характеризуется преимущественной гипертрофией мышечных волокон. Постепенно нарастающая гипертрофия длительно может не проявляться клинически. Она может охватывать равномерно все камеры сердца или быть асимметричной с поражением части стенки левого желудочка или межжелудочковой перегородки. Гипертрофия межжелудочковой перегородки может приводить к возникновению мышечного субаортального стеноза. Гипертрофическая кардиомиопатия на более ранних стадиях развития может быть обнаружена лишь при специальном обследовании: регистрации эхокардиограммы, реже по ЭКГ, в некоторых из отведений которой регистрируется сниженный или отрицательный зубец Т при отсутствии указаний на ишемическую болезнь сердца. В поздней стадии гипертрофической кардиомиопатии, а также у некоторых больных и без существенной гипертрофии возникают клинические проявления тяжелого поражения миокарда: прогрессирующая сердечная недостаточность (см.) с выраженным застоем в малом и большом круге кровообращения, значительное увеличение размеров сердца за счет расширения всех камер, различные виды аритмии (см.) и нарушений внутрисердечной проводимости. У отдельных больных аритмия является ведущим синдромом болезни на более ранней стадии развития до появления сердечной недостаточности. Серьезное осложнение кардиомиопатий на поздней стадии — тромбоэмболии в сосуды мозга, почек, селезенки, а также периферические артерии. Кардиомиопатии у лиц пожилого возраста часто приходится дифференцировать от ишемической болезни сердца с развитием

кардиосклероза. Однако у таких больных в анамнезе отсутствуют стенокардия, инфаркт миокарда, клинические признаки атеросклероза других локализаций. Помимо хронического миокардита Фидлера, при дифференциальной диагностике у лиц молодого возраста следует иметь в виду некоторые системные заболевания, например, первичный амилоидоз с преимущественным поражением сердца. Однако при этом обычно имеются признаки поражения других органов.

Лечение кардиомиопатий в поздней стадии направлено на устранение признаков сердечной недостаточности (см.), а также аритмий сердца. У таких больных особенно важно длительное соблюдение режима покоя, желателен постельный режим в стационаре. При относительно рано обнаруженной гипертрофии миокарда, особенно без признаков сердечной недостаточности, показано длительное применение анаприлина в дозе 40—80 мг/сут.

КАРДИОСКЛЕРОЗ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЙ — следствие постепенно прогрессирующего атеросклероза венечных артерий сердца, перенесенных в прошлом повторных инфарктов миокарда. Характеризуется признаками сердечной недостаточности и различными нарушениями ритма.

Чаще всего развитию атеросклероза предшествует стенокардия (см.).

Симптомы. Больные часто жалуются на одышку, приступы сердечной астмы. В легких обнаруживают застойные хрипы, позже присоединяется правожелудочковая недостаточность с увеличением печени, асцитом, отеками. Сердце, как правило, увеличено, прежде всего за счет левого желудочка. Нередко возникают мерцательная аритмия, экстрасистолия, нарушение внутрижелудочковой проводимости. На ЭКГ обычно находят признаки хронической коронарной недостаточности и перенесенного в прошлом инфаркта миокарда (рубцовые изменения). При обследовании обнаруживают признаки атеросклероза сосудов мозга, конечностей, особенно часто — аорты. Течение болезни может быть разнообразным. У некоторых больных с обширными рубцовыми изменениями миокарда сердечная недостаточность длительно может быть выражена весьма умеренно.

Лечение. Используют препараты, назначаемые при сердечной недостаточности (см.), а также коронарорасширяющие средства.

КАРДИОСПАЗМ (ахалазия пищевода) — болезнь, вызванная спазмом мышечной оболочки пищевода, а также недостаточным его расширением при проглатывании пищи. Характеризуется нарушением прохождения пищи из пищевода в желудок, встречается чаще у лиц среднего возраста.

Симптомы. Больные отмечают нарушение глотания (дисфагия), периодически усиливающееся. Иногда наблюдается боль в нижней трети грудины, продолжающаяся несколько минут. Одни больные лучше глотают жидкость, другие — плотную пищу. Проглатыванию способствует глубокое дыхание. Иногда бывает икота, часто из-за малых количеств принимаемой пищи возникают запоры. В более поздних стадиях при значительном расширении в нижней части пищевода массы, скапливающиеся в нем, выделяются со рвотой. В этом периоде при рентгенологическом исследовании выявляют расширение пищевода, переходящее в коническое его сужение. Болезнь нередко многие годы протекает сравнительно благополучно. Прогрессирующее затруднение поступления пищи в желудок может привести к тяжелому истощению. В начальной стадии болезни диагноз может быть уточнен с помощью эзофагоскопии, эзофагоманометрии. Дифференциальный диагноз проводят с раком кардиального отдела пищевода. При рентгенологическом исследовании при ахалазии стенки пищевода представляются гладкими, а не изъеденными, как при раке. Дисфагия и изменение пищевода могут относительно рано возникать при системной склеродермии (см.), предшествуя другим проявлениям болезни.

Лечение. Рекомендуется частый прием пищи с медленным, тщательным прожевыванием ее. Из спазмолитических средств назначают папаверин, атропин, реглан. Иногда в момент спазма облегчение приносит прием таблетки нитроглицерина. Применяют также хирургические методы лечения.

КАРЛИКОВОСТЬ ГИПОФИЗАРНАЯ (нанизм) — болезнь, характеризующаяся резким уменьшением роста (ниже 130 см) при сохранении характерных для взрослых пропорций тела. Эта патология бывает связана с недостаточной выработкой передней долей гипофиза гормона роста в результате опухоли гипофиза или его гипоплазии в связи с поражением гипоталамуса. В начале второго десятилетия жизни у таких больных отмечается отставание в росте, задержка появления вторичных половых признаков. Кожа обычно тонкая, морщинистая, сухая, в связи с этим больные выглядят старше своих лет. Психическое развитие нормальное в отличие от карликового роста при тиреоидной недостаточности — кретинизме. Иногда к симптомам нанизма присоединяются признаки тиреоидной, надпочечниковой и гонадной недостаточности с характерными проявлениями. Карликовость может быть обусловлена также конституциональными дефектами, нарушениями обмена веществ, недостаточным питанием, которые нарушают процесс роста.

Лечение. Для стимуляции роста у таких больных при своевременной диагностике гипофизарного нанизма используют анаболические стероиды (ретаболил). Однако очень раннее назначение их нежелательно ввиду стимулирующего влияния на процессы окостенения.

КАРЦИНОИДНЫЙ СИНДРОМ обусловлен избыточным выделением серотонина и других биологически активных веществ (брадикинин, простагландины) в связи с развитием карциноидной опухоли, которая чаще встречается в тонком кишечнике, реже в легких, желудке, поджелудочной железе, общем желчном протоке, яичниках. Иногда признаки синдрома появляются лишь при метастазах опухоли в печень.

Симптомы. Характерны выраженные приливы, которые сопровождаются быстрым покраснением кожи лица и шеи, иногда отеком лица. Часто им сопутствуют тахикардия, гипотония, иногда приступы бронхиальной астмы, желудочно-кишечные расстройства (боли в животе, понос, выраженные тенезмы, тошнота и рвота). Приступы могут возникать под влиянием приема пищи, употребления алкоголя, при значительной физической нагрузке, эмоциональных реакциях. При прогрессировании заболевания отмечается похудание, изредка поражение сердца с развитием его порока, чаще правых отделов (стеноз устья легочной артерии, стеноз правого предсердно-желудочкового отверстия). Для подтверждения диагноза определяют продукт превращения серотонина — 5-гидроксииндолуксусную кислоту в моче, собранной после приступа. При многолетнем течении болезни могут возникнуть стойкие изменения кожи с множественными телеангиэктазиями, а также характерным потемнением кожи, приобретающей фиолетовый оттенок.

Лечение. При установленной локализации опухоли проводят хирургическое лечение. При частых приступах применяют допегит или гемитон, а также симптоматические средства. Лишь при резко выраженных клинических проявлениях назначают преднизолон в дозе 10—20 мг/сут.

КАХЕКСИЯ ДИЭНЦЕФАЛЬНО-ГИПОФИЗАРНАЯ (болезнь Симмондса) — болезнь, обусловленная снижением функции передней доли гипофиза при ее опухоли или ишемическом некрозе, который иногда связан с беременностью. Известна гипофизарная недостаточность, возникающая в результате травмы. Заболевание чаще встречается у женщин.

Симптомы. Характерно истощение, сопровождающееся появлением дистрофических изменений, а также жалоб со стороны сердца и других внутренних органов. Больные жалуются на слабость, апатию, плохой аппетит. При обследовании, помимо похудания, отмечают истончение кожи с наличием морщин вокруг глаз, выпадение волос, артериальную гипотонию. Характерно расстройство половой функции. Изменяются различные лабораторные показатели: снижается уровень гемоглобина, содержание глюкозы в сыворотке крови и т. д. Основной обмен может снижаться почти в 2 раза. Дифференциальный диагноз проводят с нервной анорексией, которая встречается у девушек, страдающих психоневрозом. У таких больных обычно не бывает выпадения волос, аменореи, обращают на себя внимание явные психические расстройства.

Лечение. При гипофизарной недостаточности опухолевого происхождения производят хирургическое лечение. При сопутствующей патологии щитовидной железы, коры надпочечников, половых желез назначают заместительную терапию. Некоторый эффект дает тестостерон, благодаря его анаболическому действию. Целесообразно применять анаболические стероиды на фоне высококалорийной и богатой белком диеты.

КЛИМАКС ЖЕНСКИЙ И МУЖСКОЙ. КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ. У женщин прекращение менструаций с наступлением менопаузы представляет собой физиологическое явление и имеет место обычно на пятом десятилетии жизни. В это время в организме женщины происходит существенная перестройка в нейроэндокринной системе, прежде всего в гипоталамусе, гипофизе, а также в деятельности яичников. Лишь у немногих женщин эта перестройка происходит легко. Довольно часто в этом периоде наблюдается так называемый климактерический невроз. Больные жалуются на приливы, чувство жара, раздражительность, бессонницу, головную боль, быструю утомляемость. У некоторых женщин появляются боли в области сердца разнообразного характера, чаще локализующиеся у верхушки сердца, самой разнообразной продолжительности, не связанные с физической нагрузкой. Одновременно отмечается снижение зубца *Т* в правых грудных отведениях на ЭКГ. Появление этих изменений на ЭКГ в сочетании с кардиалгиями и явлениями астенического синдрома расценивают как климактерическую миокардиодистрофию, которую следует дифференцировать от коронарной недостаточности. При этом следует учитывать возникновение этой патологии у женщин в период климакса, отрицательную реакцию ее на нитроглицерин, появление изменений на ЭКГ преимущественно в правых грудных отведениях. У некоторых женщин наблюдается повышение АД.

У мужчин пожилого возраста также иногда отмечаются неврастенические жалобы, аналогичные описанным выше, однако доказать их связь с недостаточной функцией яичек не всегда представляется возможным.

Лечение. При климактерическом неврозе назначают седативные средства, транквилизаторы (диазепам по 0,005 г 2—3 раза в день), нейролептики (френолон по 0,005 г 1—2 раза в день), комплекс витаминов, прежде всего витамины А и Е. При более тяжелом течении после консультации гинеколога применяют эстрогенные гормоны. У мужчин используют андрогены (метилтестостерон по 0,005 г 2—3 раза в день курсами, тетрастерон по 1 мл в/м 1 раз в месяц).

КОЛИТ ОСТРЫЙ — острое воспаление толстой кишки, чаще инфекционного происхождения (см. *Пищевые токсикоинфекции, дизентерия*).

Симптомы. Боли в животе, нередко схваткообразные, тенезмы (ложные болевые позывы), жидкий стул с примесью слизи, иногда и крови. Могут быть признаки общей интоксикации, нередко сопутствующий острый гастроэнтерит.

Лечение. Терапия основного заболевания, для уменьшения болевых ощущений назначают спазмолитические средства (папаверин, платифиллин, но-шпа).

КОЛИТ ХРОНИЧЕСКИЙ — хроническое воспаление толстой кишки, наблюдаемое обычно при поражениях инфекционной и паразитарной природы, а также неспецифическом язвенном колите (см.). Иногда поражение мо-

жет ограничиваться лишь отдельными участками толстой кишки (сигмоидит, проктит). За хронический колит иногда принимают часто встречающиеся функциональные расстройства кишечника (например, привычные запоры). Одна из причин воспалительных изменений толстой кишки — интоксикация, в частности хроническая уремия. Обычно собственно воспалительные изменения слизистой оболочки толстой кишки относительно невелики.

Симптомы. Больные жалуются на запоры, боли в области живота, вздутие и урчание в толстом кишечнике. При пальпации живота определяется спастически сокращенная болезненная толстая кишка, иногда особенно болезненны ее отделы. Болезнь протекает с обострениями, которые могут быть обусловлены нервными переживаниями, погрешностями в питании. Течение довольно разнообразно, запоры могут сменяться поносом или нормально оформленным стулом. Болевые ощущения наблюдаются не у всех больных и обычно связаны с дефекацией, усиливаясь до и после нее. Возможны раздражительность, плохой сон, головные боли.

Лечение и профилактика обострений колита состоят в соблюдении правильного общего режима с достаточной физической активностью вне обострения. В период обострения из питания исключают продукты, механически и химически раздражающие кишечник, пищу дают в вареном и протертом виде. Запрещают черный хлеб, копченые мясные и рыбные продукты, сало, свинину, молоко, острые блюда, консервы. Из спазмолитических и болеутоляющих средств назначают папаверин, препараты белладонны. При проктосигмоидитах показаны свечи с анестезином, новокаином. Рекомендуется санаторно-курортное лечение в Ессентуках, Железноводске, Трускавце.

КОЛИТ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ характеризуется поражением толстого кишечника с образованием язв слизистой и подслизистой оболочки и воспалительными изменениями. Заболевание протекает с периодическими обострениями и связывается с нарушением иммунных процессов в организме.

Симптомы. В период обострения при тяжелом течении болезни имеется повышение температуры, похудание, анорексия и частый жидкий стул со слизью и кровью, тенезмы. Нередки боли в животе, которые усиливаются при пальпации толстой кишки. Диагностическое значение имеют данные ректороманоскопии, при которой обнаруживают эрозии и язвы слизистой оболочки толстой кишки. При рентгенологическом исследовании в более поздней стадии можно обнаружить сужение просвета кишки, иногда на значительном отрезке. В период обострения наблюдаются лейкоцитоз, повышение СОЭ. Из осложнений возможны тяжелое кишечное кровотечение, параректальный абсцесс, перфорация кишечника. При длительном течении болезни возникает полипоз, иногда перерождение в рак. Болезнь может протекать с различными внекишечными проявлениями, например кожными сыпями (по типу узловатой эритемы), поражением суставов, напоминающим ревматоидный артрит, и др. При легком течении колита вне обострения больные практически здоровы. В период обострения появляются поносы с примесью слизи, реже крови, однако общие проявления болезни и признаки интоксикации выражены незначительно, похудания не отмечается.

Лечение. В периоде обострения в легких случаях назначают диету с исключением молока, богатую витаминами и белками, применяют микроклизмы с теплым настоем ромашки, шалфея. При более тяжелом течении в период обострения применяют сульфасалазин по 1 г 4—6 раз в день в течение 2—3 нед до отчетливого клинического улучшения, затем переходят на поддерживающее лечение по 2 г/сут в течение 2—4 мес. При тяжелом течении, особенно при наличии системных проявлений (артрит, лихорадка и др.), используют преднизолон. Одновременно необходима умеренная антибактериальная терапия, желательно — левомицетином. По соответствующим показаниям проводится хирургическое лечение.

КОЛЛАГЕНОВЫЕ БОЛЕЗНИ (коллагенозы, диффузные заболевания соединительной ткани) характеризуются системным поражением соединительной ткани различных органов с рядом общих клинических признаков. Морфологически эти болезни, помимо поражения основного вещества соединительной ткани, отличаются значительными воспалительными проявлениями с развитием васкулитов, фибриноидного некроза.

Клинически в типичных случаях характерно вовлечение в процесс различных органов и систем (кожа, мышцы, суставы, почки, легкие, желудочно-кишечный тракт, сердце и т. д.). Помимо этого, могут быть общие симптомы в виде лихорадки, похудания, изменения лабораторных показателей, чаще всего с повышением СОЭ. Течение болезни, выраженность основных клинических проявлений и синдромов при различных заболеваниях широко варьируют. В патогенезе этих болезней большое значение придают нарушению иммунных процессов, обменным нарушениям, а в последнее время обсуждается значение вирусной инфекции. К коллагенозам относят системную красную волчанку (см.), системную склеродермию (см.), дерматомиозит (см.), узелковый периартериит (см.). Кроме того, в эту группу включают и некоторые другие заболевания, которые имеют ряд признаков, сближающих их с перечисленными выше: ревматоидный артрит, хронический активный гепатит, ревматизм и др. Несмотря на имеющиеся общие черты, различия между этими болезнями значительны, как с точки зрения их клинических проявлений, так и лечения. Более подробно этиология, симптоматика и лечение их рассматриваются раздельно.

КОЛЛАПС см. *Сосудистая недостаточность острая.*

КОМА ДИАБЕТИЧЕСКАЯ И ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ см. *Диабет сахарный.*

КОРОНАРОСКЛЕРОЗ см. *Атеросклероз, Стенокардия.*

КРАПИВНИЦА см. главу «Кожные и венерические болезни».

КРЕТИНИЗМ — заболевание, проявляющееся у детей в раннем возрасте, обусловленное недостатком тиреоидных гормонов. Последнее может зависеть от недостатка йода в пище, а также от врожденного нарушения его метаболизма и образования гормонов. Эти дети резко отстают в росте, у них нарушено умственное развитие, имеются признаки гипотиреоза (понижение температуры, сухость кожи, запоры и т. д.).

Лечение проводят гормонами щитовидной железы, в частности тиреоидином. Дозы, схема лечения устанавливаются индивидуально в зависимости от выраженности клинических признаков, возраста ребенка.

КРИСТИАНА-ВЕБЕРА БОЛЕЗНЬ (панникулит) характеризуется воспалительными изменениями подкожной жировой и соединительной ткани. Гистологически находят хроническое воспаление, иногда некрозы слизистых оболочек, воспалительные изменения мелких сосудов.

Симптомы. У больных появляются плотные, спаянные с кожей, болезненные узлы диаметром 3—7 см и более в подкожной клетчатке ног, туловища, плечевого пояса. Кожа над ними в складку не собирается. При их обратном развитии иногда остаются западания на соответствующих участках кожи. Болезнь протекает с обострениями, которые сопровождаются повышением температуры, болями в суставах, лейкоцитозом. Диагноз подтверждается при морфологическом исследовании биопсированной ткани.

Лечение проводят ацетилсалициловой кислотой, бруфеном, индометацином. При более тяжелом течении применяют кортикостероиды.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЕ И КИШЕЧНОЕ является симптомом ряда разнообразных заболеваний желудка, кишечника, печени, пищевода и др. В типичных случаях желудочное кровотечение проявляется кровавой рвотой и дегтеобразным стулом. Рвотные массы имеют вид «кофейной гущи», что обусловлено действием желудочного сока на гемоглобин. При кровотечении из толстого кишечника в кале появляется примесь алой крови. Массивное кровотечение из желудочно-кишечного тракта может сопровождаться быстрым развитием коллапса (см.), острой постгеморрагической анемией. Небольшие кровотечения распознаются с трудом, иногда лишь при наличии хронической железодефицитной анемии или при исследовании кала на скрытую кровь. Диагностика таких кровотечений, не сопровождающихся выделением масс, содержащих кровь, наружу, вызывает определенные трудности. Следует иметь в виду, что желудочно-кишечными кровотечениями осложняются чаще всего язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивный гастрит, рак желудка, цирроз печени с портальной гипертензией и расширением вен пищевода, а также геморрагические диатезы, эзофагиты и др. Кровотечения из толстого кишечника могут быть вызваны раком, геморроем, неспецифическим язвенным колитом. В сомнительных случаях для уточнения диагноза и определения тактики лечения целесообразна гастроскопия или колоноскопия.

Лечение. Больных с массивным кровотечением госпитализируют в хирургическое отделение. Показано соблюдение строгого постельного режима, по показаниям — переливание крови, введение хлорида кальция, викасола. В начальный период кровотечения необходим голод, в дальнейшем разрешается холодная жидкая пища, содержащая молоко, желе, яичные белки. Диета постепенно расширяется. Своевременно должен быть решен вопрос о показаниях к хирургическому лечению основного заболевания, вызвавшего кровотечение.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНОЕ, КРОВОХАРКАНЬЕ чаще является симптомом хронически протекающих заболеваний с явными признаками поражения легких или сердца. Легочное кровотечение возникает чаще при туберкулезе, бронхоэктазах, раке легкого. Кровохарканье, т. е. примесь крови к мокроте, наблюдается при воспалении легких, митральных пороках сердца с признаками застоя крови в малом круге, инфаркте легкого. Лишь в сравнительно редких случаях легочное кровотечение является первым симптомом болезни, для диагностики которой приходится применять и специальные методы исследования (бронхоскопия).

Лечение. В период кровотечения больной должен соблюдать постельный режим. Назначают средства, уменьшающие кашель (кодеин), успокаивающие (диазепам), для усиления свертываемости крови вводят хлорид кальция, викасол, иногда производится переливание крови. При пороках сердца назначают средства, направленные на уменьшение застойных явлений (см. *Лечение сердечной недостаточности*).

КРОНА БОЛЕЗНЬ — хронический воспалительный процесс с поражением прежде всего терминального отдела тощей кишки и толстого кишечника. Морфологически болезнь характеризуется образованием гранулем в стенке кишечника или регионарных лимфатических узлах, появлением изъязвлений и трещин слизистой оболочки кишечника. Болезнь проявляется обычно в молодом возрасте — до 20 лет.

Симптомы. Поносы могут быть длительно главным симптомом болезни. Стул обычно частый, необильный, жидкий. У некоторых больных могут быть запоры. Часто отмечается похудание. Затем появляются схваткообразные боли в животе. У 50 % больных возникают кишечные кровотечения. Иногда всем этим проявлениям предшествует наличие параректального абсцесса или фистулы. Одновременно с проявлениями, указывающими на поражение кишечника, наблюдаются общие симптомы болезни (афтозный стоматит, артралгии или полиартрит, узловатая эритема и др.). При пальпации живота в правом нижнем его квадранте может определяться болезненное образование. Диагноз подтверждается при специальном рентгенологическом ис-

следовании. Осложнения болезни — стриктуры, внутренние фистулы, кровотечения.

Л е ч е н и е. Почти 3/4 больных на том или ином этапе болезни подвергаются оперативному вмешательству по поводу осложнений. Больным показано общеукрепляющее лечение. Назначают диету, богатую белком и витаминами. При наличии отчетливых общих воспалительных проявлений рекомендуется применение кортикостероидов (преднизолон) и иммунодепрессантов (азатиоприн).

ЛЕГОЧНАЯ (ДЫХАТЕЛЬНАЯ) НЕДОСТАТОЧНОСТЬ — снижение функции легких с уменьшением вентиляции их и изменением газового состава крови, прежде всего с недостатком кислорода в ней. Дыхательная недостаточность может возникать как в результате хронических легочных заболеваний, так и расстройств регуляции дыхания (поражение нервной системы), болезней костно-мышечного аппарата грудной клетки. К легочной недостаточности приводит затруднение прохождения воздуха по бронхиальному дереву при хроническом бронхите, бронхиальной астме (обструктивный тип легочной недостаточности), а также ухудшение подвижности легких при пневмофиброзе, больших плевральных сращениях, параличе диафрагмы (рестриктивный тип недостаточности). В более редких случаях может иметь место нарушение газообмена через альвеолярно-капиллярную стенку (при склеродермии, бериллиозе и т. д.).

С и м п т о м ы. При постепенном прогрессировании заболевания больные отмечают одышку при физическом напряжении. В дальнейшем одышка появляется уже в покое. Позже можно обнаружить цианоз, сонливость, снижение работоспособности, развивающиеся вследствие гипоксемии. Для оценки выраженности и типа дыхательной недостаточности проводят специальные исследования: определение жизненной емкости легких (ЖЕЛ), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) за первую секунду выдоха, пневмотахометрию, позволяющую оценить мощность воздушной струи. Эти пробы помогают оценить тип дыхательной недостаточности. При преобладающем снижении бронхиальной проходимости ФЖЕЛ за первую секунду снижается более значительно (менее 60 %), как и показатель пневмотахометрии.

Л е ч е н и е проводится прежде всего по поводу основного заболевания. Важное значение имеет вдыхание кислорода, дыхательная гимнастика, применение витаминов.

ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ ОСТРОЕ возникает вследствие тромбоэмболии легочной артерии с одновременным развитием инфаркта легкого (см.). Острое повышение давления в легочной артерии приводит к недостаточности сократительной функции правого желудочка, расширению его, острой сосудистой недостаточности.

С и м п т о м ы. Тромбоэмболия легочной артерии развивается на фоне других заболеваний сердечно-сосудистой системы или после операции. В начальный период болезни превалируют явления коллапса, развивающегося рефлекторно. Сердечная недостаточность проявляется стойкой тахикардией, увеличением печени, набуханием периферических вен. Характерные симптомы — одышка и цианоз. Иногда все эти проявления выражены не столь резко, однако на ЭКГ наблюдаются признаки перегрузки правого желудочка и предсердия (поворот электрической оси вправо, отрицательные зубцы T в правых грудных отведениях, увеличение зубцов P_{II-III}).

Л е ч е н и е направлено на устранение коллапса (см.) и острой сердечной недостаточности. Назначают строфантин, эуфиллин в/в, позже — мочегонные.

ЛЕГОЧНОЕ СЕРДЦЕ ХРОНИЧЕСКОЕ — заболевание, возникающее вследствие длительного хронического поражения легких с повышением давления в легочной артерии, перегрузкой правого желудочка и развитием его недостаточности с застоем крови в большом круге кровообращения. Эта патология чаще всего сопутствует эмфиземе легких, пневмосклерозу, пневмокониозу и другим заболеваниям. При этом давление в легочной артерии достигает 13,3/9,33 кПа (100/70 мм рт. ст.) вместо 3,33/2,0 кПа (25/15 мм рт. ст.) в норме.

С и м п т о м ы. Как правило, в клинической картине преобладают симптомы основного легочного заболевания и связанной с ним дыхательной недостаточности (одышка, цианоз, кашель, признаки эмфиземы легких). Для распознавания легочной гипертонии имеют значение появление акцента II тона на легочной артерии, рентгенологические признаки расширения основных ее стволов, электрокардиографические признаки перегрузки правого предсердия и желудочка (появление высоких острых зубцов P_{II-III}). При обследовании больного можно пальпаторно определить пульсацию гипертрофированного правого желудочка в подложечной области. Для диагноза хронического легочного сердца важно выявить признаки сердечной недостаточности по большому кругу в виде увеличения печени, отеков, набухания шейных вен и др. Первоначально признаки застойных явлений в большом круге могут быть выражены нерезко и появляться лишь периодически, например, в период обострения хронического бронхита.

Л е ч е н и е состоит в терапии дыхательной недостаточности, в снижении легочной гипертонии (применение эуфиллина), назначении средств, уменьшающих хроническую сердечную недостаточность (см.).

П р о ф и л а к т и к а хронического легочного сердца заключается в своевременном активном лечении основного заболевания, применении бронхолитических средств, дыхательной гимнастики, что способствует нормализации газового состава крови.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ — своеобразная неспецифическая реакция организма на лекарство, возникающая в результате его индивидуальной непереносимости. Осложнения лекарственной терапии бывают связаны с прямым фармакологическим их действием, например, при передозировке сердечных гликозидов возникает бигеминия, под влиянием аминазина снижается АД и т. д. Возможно раздражающее действие лекарства в месте его

введения, что сопровождается иногда диспепсическими явлениями. При передозировке многих лекарств возникает отравление ими (например, отравление снотворными). Лекарственная болезнь в отличие от этих осложнений медикаментозной терапии может возникнуть при попадании в организм даже незначительных количеств лекарства, обычно — повторно, что подтверждает значение аллергических реакций в ее происхождении.

Лекарственная болезнь возникает чаще при введении антибиотиков, сульфаниламидов, производных пиразолона, фенотиазина, сывороток и вакцин и т. д. Однако она может возникнуть после введения любых лекарств, в том числе и десенсибилизирующих.

Симптомы. Клинические проявления лекарственной болезни разнообразны. Часто возникают кожные сыпи: крапивница, различные дерматиты, нередко с общими реакциями — повышением температуры, слабостью, артралгиями. Проявления лекарственной болезни возможны в виде поражения отдельных внутренних органов и их сочетания. Поражение дыхательных путей характеризуется аллергическим ринитом, трахеитом, бронхитом, бронхиальной астмой. Иногда возникают эозинофильные инфильтраты в легких. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечаются нерезко выраженная гипотония, тахикардия, нарушения ритма, в ряде случаев тяжелый лекарственный миокардит с сердечной недостаточностью. Печень поражается по типу холестатического гепатита, который протекает чаще с желтухой, изменением осадочных проб, ферментемией. Нередки лекарственные гемопатии: лекарственный агранулоцитоз, лекарственная панцитопения, достигающая выраженности апластического синдрома, острая гемолитическая анемия. Одно из наиболее грозных проявлений лекарственной болезни — анафилактический шок (см.), при котором разрешающая доза препарата может быть исключительно малой. В отдельных случаях под влиянием длительного применения лекарств возникают такие заболевания, как системная красная волчанка.

Лечение состоит в отмене препарата, вызвавшего явления непереносимости. При легких реакциях назначают десенсибилизирующие средства (димедрол, супрастин). При более тяжелых реакциях и поражении внутренних органов (например, при миокардите, гепатите и др.) применяют кортикостероидные препараты (преднизолон в дозе 20—40 мг/сут).

Профилактика лекарственной болезни заключается в ограничении применения лекарств, исключении необоснованного их назначения. Перед назначением лекарств необходимо выяснить у больного, не было ли аллергических реакций у него в прошлом. Перед применением некоторых лекарств (например, пенициллина), часто вызывающих непереносимость, требуется проведение специальных кожных проб.

ЛЕЙКОЗЫ — злокачественные заболевания системы крови, характеризующиеся преобладанием процессов размножения клеток костного мозга, а иногда появлением патологических очагов кроветворения в других органах. Лейкозы по своему происхождению близки к опухолям. На основании некоторых морфологических особенностей и клинического течения выделяют острые и хронические лейкозы. В группе хронических лейкозов наиболее часто встречаются миелолейкоз и лимфолейкоз.

Острый лейкоз — быстро прогрессирующее заболевание, характеризующееся разрастанием наиболее молодых, недифференцированных клеток, потерявших способность к созреванию.

Симптомы. Заболевание протекает с высокой лихорадкой, слабостью, развитием тяжелых проявлений геморрагического диатеза. Присоединяются инфекционные осложнения, некротическая ангина. Больной отмечает боли в конечностях; болезненно постукивание по грудине. В крови увеличивается число лейкоцитов, особенно резко число патологических молодых их форм, так называемых бластных клеток. При этом в мазке крови имеется также небольшое количество зрелых форм, а промежуточные формы обычно отсутствуют. При сомнительных результатах исследований периферической крови проводят пункцию костного мозга, в котором обнаруживается разрастание бластных клеток.

Лечение острого лейкоза проводят назначением сочетания нескольких цитостатиков: винкристина, 6-меркаптопурина, метотрексата и больших доз преднизолона (60—100 мг). По соответствующим показаниям назначают симптоматические средства (антибиотики, кровоостанавливающие препараты, витамины). При необходимости переливают кровь. После достижения клинико-гематологической ремиссии длительно проводят поддерживающую химиотерапию.

Хронический миелолейкоз сопровождается нарушением созревания гранулоцитов, усиленным их размножением, появлением очагов внекостномозгового кроветворения.

Симптомы. Болезнь может развиваться постепенно с появлением жалоб на повышенную утомляемость, плохой аппетит, похудание. При обследовании выявляют увеличение размеров печени, селезенки, лимфатических узлов. Возможна повышенная кровоточивость. Диагноз ставят при исследовании крови, в которой находят значительное увеличение числа лейкоцитов до 500 000 и более. При исследовании мазка крови обнаруживается большое число молодых форм нейтрофилов: миелобластов, миелоцитов. Может быть небольшая анемия и изменение числа тромбоцитов. Нередко повышается содержание мочевой кислоты в крови, что может привести даже к вторичной подагре (см.). На поздних стадиях болезни возникают инфекционные осложнения, имеется склонность к тромбозам.

Лечение. В развернутой стадии болезни основным средством лечения является миелосан, который применяют в дозе 4—6 мг/сут. При снижении уровня лейкоцитов на половину от исходной величины дозу уменьшают вдвое. Когда уровень лейкоцитов становится близким к нормальному, переходят на поддерживающую дозу, например по 2 мг 1—3 раза в неделю. При малой эффективности такой терапии

и прогрессировании болезни проводят лечение по принципам, аналогичным лечению острого лейкоза, т. е. применяют комбинацию цитостатических средств. Внекостномозговые лейкемические инфильтраты, нередкие в терминальной стадии, лечат чаще всего облучением. Одновременно применяют симптоматическую терапию.

Хронический лимфолейкоз представляет собой доброкачественную опухоль лимфатической ткани. Характеризуется лимфатическим лейкоцитозом, усиленным размножением лимфоцитов в костном мозге, увеличением лимфатических узлов, селезенки, печени. Болезнь обычно возникает в пожилом возрасте. При исследовании крови часто в течение ряда лет отмечается лишь лимфоцитоз (40—60 %), хотя общее число лейкоцитов колеблется около верхнего предела нормы. Постепенно начинают увеличиваться лимфатические узлы, в первую очередь обычно на шее, в подмышечных впадинах, затем процесс распространяется на другие области. Появляются повышенная утомляемость, потливость, слабость, иногда повышение температуры. При исследовании лимфатические узлы плотны, подвижны, безболезненны. Рентгенологически можно обнаружить увеличение лимфатических узлов средостения со смещением его органов. Селезенка и печень, как правило, нередко увеличены. В периферической крови число лейкоцитов увеличено в основном за счет малых лимфоцитов. Характерный признак хронического лимфолейкоза — полуразрушенные ядра лимфоцитов (тени Гумпрехта). Хронический лимфолейкоз может осложняться бактериальными инфекциями, аутоиммунной гемолитической анемией и тромбоцитопенией, опоясывающим лишаем, экссудативным плевритом, поражением нервной системы.

Л е ч е н и е. В более легких случаях при наличии лишь умеренных изменений крови активное лечение может не проводиться. Показаниями к началу терапии являются: ухудшение общего состояния, быстрое увеличение лимфатических узлов, селезенки и печени, появление лейкемической инфильтрации органов. Назначают хлорбутин (лейкеран) в дозе по 2 мг 2—6 раз в день (в зависимости от числа лейкоцитов в крови) в течение 4—8 нед. Для поддерживающей терапии хлорбутин применяют в дозе 10—15 мг 1—2 раза в неделю. При резистентности к этому препарату повторно его не используют, а назначают циклофосфан прерывисто большими дозами — 600—800 мг 1 раз в неделю. Эту терапию, особенно при наличии цитопении, сочетают с преднизолоном в дозе 15—20 мг ежедневно. При лечении цитостатиками, особенно хлорбутином, необходимо часто контролировать периферическую кровь ввиду возможности развития цитопении. Эффективной при хроническом лимфолейкозе может быть также локальная лучевая терапия.

ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ - первичное опухолевое заболевание лимфатической системы, сопровождающееся увеличением лимфатических узлов, нередко селезенки и других органов.

С и м п т о м ы болезни весьма разнообразны. Чаще к первым симптомам заболевания относят увеличение лимфатических узлов, в первую очередь шейно-надключичной области, преимущественно справа. Лимфатические узлы подвижны, плотны, эластичны, не спаяны с кожей, лишь в редких случаях болезненны. У $^1/_5$ больных прежде всего увеличиваются лимфатические узлы средостения, что может быть случайно обнаружено при флюорографии. У ряда больных заболевание может первоначально протекать с лихорадкой, ночными потами, быстрым похуданием. Лихорадка — важный симптом и других форм болезни, при этом длительные периоды нормальной температуры могут сменяться периодическим ее повышением. Характерен кожный зуд, иногда нестерпимый. В крови находят умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, изредка эозинофилию, увеличенную СОЭ. При прогрессировании болезни развиваются анемия и кахексия. Болезнь отличается разнообразием проявлений, что связано с возможностью разрастания лимфоидной ткани в каком-либо из внутренних органов. Диагноз может быть уточнен при помощи биопсии лимфатического узла, в котором обнаруживают характерные многоядерные гигантские клетки Березовского — Штернберга. При достаточно длительном течении серьезным осложнением лимфогранулематоза является амилоидоз почек, который может привести к хронической уремии (см.).

Л е ч е н и е. При локальном увеличении лимфатических узлов какой-либо области проводится лучевая терапия. При генерализации процесса с общими проявлениями, лихорадкой показана комбинированная терапия цитостатическими средствами (например, винбластин, циклофосфан, натулан) в сочетании с преднизолоном. Терапию проводят повторными курсами с 2-недельными интервалами. По поводу лихорадки назначают бутадион по 0,15 г 3 раза в день.

ЛЯМБЛИОЗ — паразитирование в тонком кишечнике, прежде всего в двенадцатиперстной кишке, жгутиковых простейших — лямблий. Часто это не сопровождается какими-либо клиническими проявлениями. Однако у некоторых лиц могут быть боли в животе, понос, снижение массы тела, обусловленные, по-видимому, развитием энтерита и дуоденита. Возможны дискинезии желчных путей (см.). Течение болезни может быть более тяжелым при сопутствующей ахилии и недостаточности функции поджелудочной железы. В основе диагностики лежит обнаружение в дуоденальном содержимом лямблий.

Л е ч е н и е проводят метронидазолом (трихопол) по 0,25 г 2 раза в день в течение 7—10 дней или акрихином по 0,1 г 3 раза в день в течение 7 дней.

МЕТЕОРИЗМ — ощущение вздутия, тягостного распирания в животе, связанное с повышенным газообразованием в кишечнике, реже заглатыванием воздуха. В некоторых случаях метеоризм может возникнуть при пониженном всасывании газов кишечной стенкой при их нормальном образовании. Этот симптом наблюдается у больных с поражениями тонкого

и толстого кишечника, при циррозах печени с явлениями портальной гипертензии, при застое в печени у больных с сердечной недостаточностью. Метеоризм может усиливаться при употреблении в пищу некоторых продуктов, например, гороха, бобов, капусты, а также молока.

Лечение. При выраженном метеоризме показаны прием активированного угля по 1 столовой ложке несколько раз в день, клизмы с настоем ромашки.

МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ (множественная миелома) характеризуется опухолевым разрастанием плазматических клеток костного мозга.

Симптомы. Заболевание длительно может протекать без жалоб, сопровождаясь в течение ряда лет лишь повышением СОЭ. В дальнейшем могут появиться жалобы на общую слабость, похудание, боли в костях. Рентгенологически обнаруживают отграниченные участки разряжения костной ткани, особенно в плоских костях черепа и таза. В более поздней стадии поражение костей может осложниться переломами ребер, позвоночника. У всех больных по мере прогрессирования болезни развивается анемия, причем прямой зависимости между ее степенью и величиной костных поражений нет. Возможна лейкопения. Приблизительно у $^1/_{10}$ больных отмечают увеличение печени и селезенки. В сыворотке крови увеличено содержание общего белка до 100—120 г/л за счет появления особого крупнодисперсного парапротеина, вырабатываемого плазматическими клетками. Диагностическое значение имеет обнаружение этого белка при помощи электрофореза сыворотки крови. Этот же белок может выделяться с мочой. Белок, выделяемый с мочой, при нагревании до 70 ° выпадает в осадок, а при кипячении — растворяется (положительная реакция Бенс-Джонса). Серьезное осложнение болезни — поражение почек (миеломная почка, амилоидоз). В таких случаях протеинурия и даже снижение функции почек может быть одним из ведущих симптомов болезни и вызывает диагностические трудности.

Лечение. Применяют цитостатические средства (сарколизин или циклофосфан), лучевую терапию, кортикостероидные препараты и анаболические стероиды, при необходимости ортопедические мероприятия.

МИКСЕДЕМА (гипотиреоз) — заболевание, сопровождающееся снижением функции щитовидной железы и недостатком тиреоидных гормонов в организме. Развивается вследствие аутоиммунных повреждений ткани железы, инфекции, недостаточного выделения тиреотропного гормона гипофизом или после тиреоидэктомии. В основе многих проявлений гипотиреоза лежит снижение интенсивности обмена веществ в тканях.

Симптомы. Болезнь обычно возникает постепенно и прогрессирует медленно. Больных беспокоят утомляемость, слабость, увеличение массы тела, сонливость. В типичных случаях отмечают одутловатость лица, сухость кожи, выпадение волос, ломкость ногтей. На ногах могут быть своеобразные плотные отеки, не оставляющие ямки при давлении. Наблюдаются запоры, снижение половой функции. Температура тела понижена, пульс редкий. Могут быть увеличены размеры сердца, на ЭКГ обнаруживается снижение вольтажа всех зубцов. Нередко сопутствующим является атеросклероз венечных сосудов сердца, который при микседеме прогрессирует быстрее. Этому способствует гиперхолестеринемия, которая наблюдается у большинства больных. Содержание гемоглобина снижено. Диагноз подтверждается при определении основного обмена, который при микседеме снижен, а также при исследовании функции щитовидной железы с помощью радиоактивного йода, который накапливается в щитовидной железе в меньшем количестве и определении самих тиреоидных гормонов в крови, количество которых снижается.

Лечение. Необходимо назначение заместительной терапии: тиреоидина по 0,05—0,1 г 2—3 раза в день, иногда в сочетании с трийодтиронином по 50 мкг (от $^1/_2$ до 5 таблеток в день в зависимости от тяжести заболевания). При наличии признаков воспалительного поражения щитовидной железы проводится соответствующее лечение (см. *Тиреоидиты*).

МИОКАРДИОДИСТРОФИЯ см. *Дистрофия миокарда.*

МИОКАРДИТ — преимущественно воспалительное поражение миокарда. По течению миокардит может быть острым, подострым или хроническим.

Острые миокардиты чаще наблюдаются при инфекционных болезнях, например вирусных (грипп), бактериальных (дифтерия), а также острых аллергических реакциях (при лекарственной непереносимости).

Симптомы. Наряду с признаками основного заболевания отмечаются тахикардия, другие нарушения ритма и проводимости, одышка. При аускультации определяют ослабление тонов сердца, особенно I, негромкий систолический шум на верхушке. При рентгенологическом исследовании может отмечаться преходящее расширение сердца. Признаки застойной сердечной недостаточности обычно выражены умеренно. У некоторых больных признаки поражения сердца появляются после перенесенной инфекции, в том числе и после умеренно выраженных катаральных явлений. При этом наблюдаются упорные боли в сердце, небольшие изменения ЭКГ (главным образом сегмента *ST* и зубца *T*). В таких случаях трудно дифференцировать миокардит от дистрофии миокарда, протекающей часто более длительно. Против миокардита свидетельствует отсутствие сердечной недостаточности, увеличения сердца, быстрой динамики на ЭКГ.

Лечение. При инфекционном миокардите, помимо средств, используемых для лечения основного заболевания, назначают кордиамин, камфору, при более затяжном течении — противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, бруфен). При наличии сердечной недостаточности вводят сердечные гликозиды в небольших и умеренных дозах, иногда мочегонные. Острые миокардиты, как правило, заканчиваются выздоровлением. Более тяже-

лое их течение отмечается при сопутствующей сердечной патологии другого происхождения, например при атеросклеротическом кардиосклерозе. В редких случаях и у молодых лиц развивается постмиокардитический кардиосклероз, проявляющийся некоторыми нарушениями ритма или проводимости без выраженной тенденции к прогрессированию заболевания и развитию сердечной недостаточности.

Хронический миокардит наблюдается прежде всего при ревматизме (см. *Ревмокардит*), а также при коллагеновых болезнях (см.).

Неспецифический (идиопатический) миокардит Фидлера — относительно редкое заболевание, протекающее с прогрессирующей сердечной недостаточностью, с расширением всех камер сердца, нарушениями ритма и внутрисердечной проводимости, тромбоэмболиями. Болезнь начинается остро с лихорадкой, нейтрофильным лейкоцитозом, увеличением СОЭ. Обычно бывают выражены изменения на ЭКГ, которые отражают гипертрофию камер сердца, возникновение рубцовых изменений. Течение миокардита Фидлера может быть разнообразным — от острого, бурно прогрессирующего, заканчивающегося летально через 1—3 мес после начала болезни, до хронического, более доброкачественного, с медленным прогрессированием болезни. При этом признаки сердечной недостаточности могут быть умеренными, возникают на более поздней стадии болезни.

Л е ч е н и е. При остром течении с быстрым прогрессированием изменений в сердце назначают преднизолон до 80 мг/сут. При более медленном хроническом течении проводят противовоспалительную терапию бруфеном, индометацином или небольшими дозами преднизолона (10—20 мг/сут). Помимо этого, проводят симптоматическую терапию сердечной недостаточности (см.).

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ характеризуется образованием камней в мочевыводящих путях. Камни почек чаще встречаются у мужчин, обычно с одной стороны. В развитии болезни придают значение нарушению минерального обмена, изменениям кислотно-основного состояния, характеру пищи и питьевой воды, недостаточности некоторых витаминов, особенно А и в меньшей степени D, застою мочи в связи с другими урологическими заболеваниями, инфекцией мочевыводящих путей.

С и м п т о м ы. Типичные проявления мочекаменной болезни — почечная колика, гематурия, отхождение камней с мочой. Почечная колика связана с перемещением камня по мочевыводящим путям или с нарушением выделения мочи. Боли при почечной колике резкие, жгучие, раздирающие, локализуются чаще в пояснице и отдают в них по ходу мочеточника. Мочеиспускание учащено, болезненно. Боль может сопровождаться тошнотой, рвотой, метеоризмом, что в случае атипичной локализации ее приводит к трудностям диагностики. При этом диагностическое значение имеет выделение мочи с примесью крови или обнаружение в осадке мочи большого числа свежих эритроцитов. Если мочекаменная болезнь возникает на фоне инфекции мочевых путей, то приступы колики сопровождаются ознобом с повышением температуры и появлением в моче большого количества лейкоцитов. При обследовании больного характерен положительный симптом Пастернацкого (болезненность в области пораженной почки при поколачивании по ладони, наложенной на поясницу). Течение мочекаменной болезни разнообразно. Она может длительное время протекать бессимптомно, иногда вне обострения могут быть небольшие тянущие боли в поясничной области, а в моче обнаруживают кристаллы различных солей. Боли при мочекаменной болезни иногда приходится дифференцировать от различных заболеваний. Для диагноза имеет значение рентгенологическое исследование (экскреторная пиелография).

При закупорке мочевыводящих путей и присоединении инфекции в почке может возникнуть гидронефроз или пиелонефроз.

Л е ч е н и е. При почечной колике назначают пантопон или промедол с атропином, теплую ванну. При явных признаках перемещения почечного камня желательно более обильное теплое питье. При затянувшемся приступе, обусловленном ущемлением камня, показана катетеризация мочеточников, а иногда оперативное вмешательство. Операция необходима также при сильных, часто повторяющихся приступах почечной колики, развитии тяжелых осложнений.

П р о ф и л а к т и к а мочекаменной болезни состоит в достаточном употреблении жидкости (до 2—3 л в день). Если в моче обнаруживают фосфатные и карбонатные камни, то в диете должны быть ограничены молоко, молочные продукты, яйца. При наличии в моче уратов ограничивают употребление мяса, шоколада, бобов, назначают молочно-растительную диету. Если в осадке много оксалатов, из пищи исключают щавель, молоко, орехи, шоколад, рекомендуются яблоки, груши. Важное значение имеет своевременное активное лечение инфекции мочевых путей. Показано курортное лечение: при фосфатных камнях — Кисловодск, Трускавец, при уратах — Боржоми, Ессентуки, при оксалатах — Ессентуки, Пятигорск. При всех формах болезни лечение может быть проведено в Железноводске.

НЕКРОНЕФРОЗ см. *Уремия острая.*

НЕФРИТ ОСТРЫЙ — болезнь, характеризующаяся воспалительными изменениями в почечных клубочках. Развивается вследствие иммунных расстройств. Первые проявления возникают обычно вскоре после перенесенной острой инфекции (ангина, фарингит). Болезнь наблюдается в любой возрастной группе, но чаще у молодых мужчин и детей.

С и м п т о м ы. У одних больных наблюдается почти бессимптомное течение, у других — выраженные расстройства. Иногда сам больной отмечает появление мочи цвета «мясных помоев», отеки на лице, под глазами, что придает лицу характерный вид. АД повышено, иногда развивается энцефалопатия с судорогами и нарушением сознания, снижением зрения. Артериальная гипертония и увеличение объема циркулирующей крови («отек крови») могут осложниться острой сердечной недостаточностью с приступами сердечной астмы.

В ряде случаев возникает острая почечная недостаточность (см.). При исследовании мочи обнаруживают белок, гиалиновые и зернистые цилиндры, свежие и выщелоченные эритроциты. Гематурия (большое количество эритроцитов в моче) придает моче цвет «мясных помоев». Клубочковое происхождение гематурии подтверждается появлением выщелоченных эритроцитов. Острый нефрит заканчивается выздоровлением. Однако возможен переход в хроническое течение. Об этом можно говорить, если в течение года сохраняются гипертония, отеки или протеинурия выше 1 г/л, сочетание протеинурии и гематурии.

Лечение. В остром периоде соблюдение постельного режима в стационаре, диета с ограничением жидкости до 700—800 мл в день, соли. При развитии признаков почечной недостаточности ограничивается белок. При наличии очагов инфекции необходимо кратковременное лечение пенициллином до 1 000 000 ЕД/сут в течение 7—10 дней. При отеках и высоком АД назначают мочегонные средства (гипотиазид, фуросемид, этакриновая кислота, или урегит). При гипертонической энцефалопатии вводят сульфат магния (10—20 мл 25 % раствора в/в), применяют резерпин, допегит, гемитон.

НЕФРИТ ПОДОСТРЫЙ (экстракапиллярный или злокачественный) протекает с высокими цифрами АД, выраженными отеками, гиперхолестеринемией, изменениями в моче (значительная протеинурия, гематурия). Болезнь быстро прогрессирует с развитием почечной или сердечной недостаточности.

Лечение проводят цитостатическими (азатиоприн) и гипотензивными (резерпин, альдомет, гемитон) средствами.

НЕФРИТ ХРОНИЧЕСКИЙ — заболевание с двусторонним поражением паренхимы почек с постепенным снижением их функций. Болезнь протекает хронически, иногда с обострениями, характеризуется чаще длительным многолетним течением. В возникновении болезни придают значение нарушениям гуморального и клеточного иммунитета; выделяют несколько вариантов хронического нефрита.

Нефрит гипертонического типа характеризуется повышением АД и изменениями в моче (протеинурия, цилиндрурия), которые могут быть незначительно выражены. Жалобы и клинические проявления связаны в первую очередь с артериальной гипертонией. Больные жалуются на головные боли, при исследовании находят увеличение сердца влево, акцент II тона над аортой, изменения ЭКГ. На глазном дне определяется сужение артериол. Дифференциальный диагноз проводят с хроническим пиелонефритом и гипертонической болезнью. У больных постепенно развивается хроническая уремия или нарастают проявления атеросклероза сосудов сердца и мозга.

Нефрит нефротического типа проявляется отеками, выраженной протеинурией, повышением уровня холестерина в сыворотке крови, снижением содержания сывороточного белка, нарушением соотношений его фракций — диспротеинемией (см. *Нефротический синдром*). Характерно постепенное начало, причем некоторое время болезнь проявляется в основном сдвигами лабораторных показателей. Артериальная гипертония обычно присоединяется только вследствие развития уремии. Иногда возникают трудности при дифференциальном диагнозе с другими заболеваниями, вызывающими нефротический синдром (например, с амилоидозом почек).

Нефрит смешанного типа характеризуется сочетанием признаков гипертонического и нефротического нефрита. Выраженность того или другого синдрома может широко варьировать.

Латентный нефрит обычно обнаруживают при исследовании мочи, в которой находят белок или эритроциты. Иногда это заболевание обнаруживается в стадии хронической уремии. Больные длительное время не предъявляют жалоб. Уточнить диагноз латентного нефрита, в частности отдифференцировать его от амилоидоза почек, ортостатической протеинурии и некоторых других заболеваний, иногда возможно лишь при пункционной биопсии почек.

Терминальный нефрит — конечная стадия нефрита любого типа. Характеризуется хронической уремией, артериальной гипертонией, диспепсическими явлениями, анемией и т. д.

Лечение. При обострении нефрита с артериальной гипертонией или отеками показан постельный режим, диета с ограничением поваренной соли. Вне обострения при сохранной функции почек ограничение пищевого и двигательного режима зависит от клинических проявлений, в частности тяжести гипертонии. Калорийность пищи должна соответствовать характеру работы и массе тела больного. Необходимо достаточное количество животного белка (мясо, молочные продукты, яйца), фруктов и овощей. Патогенетическое лечение хронического нефрита состоит в воздействии на иммунный процесс. При нефротическом, а иногда и смешанном нефрите применяют сочетанное лечение кортикостероидами (преднизолоном) и цитостатическими средствами (азатиоприн). Доза и длительность лечения определяются характером клинических проявлений, выраженностью обострения. Помимо проявлений, характеризующих обострение нефрита, следует контролировать также число лейкоцитов в крови в связи с опасностью развития агранулоцитоза. При гипертоническом и смешанном типах нефрита назначают хлорохин или индометацин по 25 мг 2—3 раза в день. При лечении хлорохином больного следует периодически показывать окулисту из-за возможности поражения роговой и сетчатой оболочки глаза. Необходимо своевременное лечение обострения очаговой инфекции, а также санация ее очагов. Большое значение имеет симптоматическая терапия, прежде всего гипотензивными средствами (резерпин, допегит, гуанетидин, гемитон). При упорной высокой гипертонии показано применение антагонистов альдостерона: альдактона (верошпирона) по 25 мг 4—8 раз в сутки. При артериальной гипертонии и отеках применяют и другие мочегонные: фуросемид, гипотиазид. См. также

лечение нефротического синдрома, уремии хронической.

Профилактика обострений нефрита заключается в соблюдении рационального режима труда и отдыха, диеты, активном лечении обострений очаговой инфекции.

НЕФРОЗ см. *Нефротический синдром.*

НЕФРОПТОЗ — опущение почек, встречающееся при увеличении их подвижности. Заболевание может быть связано с плохим развитием связочного аппарата и фасций, удерживающих почки. Одновременно возможно опущение и других органов брюшной полости (висцероптоз) вследствие слабого развития мышц брюшного пресса. Нефроптоз чаще протекает бессимптомно. Иногда он вызывает небольшие болевые ощущения в брюшной полости, особенно у лиц с неврастенией. Однако у некоторых больных нефроптоз приводит к нарушению оттока мочи, особенно при быстром переходе в вертикальное положение. В таких случаях при этом возникает острая боль в поясничной области с тошнотой, рвотой, уменьшением выделения мочи. Изменение положения тела может устранить эти симптомы. В редких случаях опущение почки приводит к развитию почечной гипертонии вследствие нарушения кровообращения органа. При этом могут быть белок, эритроциты в моче, иногда присоединяется вторичная инфекция мочевых путей.

Лечение. При малосимптомном течении — применение комплекса лечебной гимнастики для укрепления брюшного пресса, ношение специального бандажа, фиксирующего почку в определенном положении. При наличии тяжелых осложнений необходима операция.

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ — поражение почек, проявляющееся отеками и сдвигами лабораторных показателей. При этом имеет место снижение содержания белка в сыворотке крови, в основном за счет альбуминов, повышение содержания холестерина в крови, появление белка в моче, как правило, в значительном количестве. Нефротический синдром может быть следствием нефрита, амилоидоза, опухолей почек, системной красной волчанки, диабетического гломерулосклероза, тромбоза почечных вен. Нередко развитие нефротического синдрома указывает на почечную патологию не совсем ясного происхождения. В развитии его имеют значение иммунологические и метаболические нарушения в организме.

Синдромы. У большинства больных обнаруживают отеки ног, которые чаще развиваются постепенно, реже — остро за 1—3 дня. Нарастание отеков приводит к развитию асцита, анасарки, гидроторакса и гидроперикарда. Содержание белка в моче достигает 30—40 г/л при суточной протеинурии до 50 г; в осадке — почечный эпителий, лейкоциты, цилиндры (гиалиновые и др.), общий белок в сыворотке крови может снижаться до 30—40 г/л, в основном за счет уменьшения содержания альбуминов. Характерны изменения в соотношении белковых фракций с увеличением особенно альфа-2-глобулинов. Повышается содержание в крови холестерина и других фракций липидов. Динамика лабораторных показателей позволяет относительно рано оценить возникновение нефротического синдрома, тогда как отеки присоединяются на более поздней стадии и связаны прежде всего с выраженностью гипопротеинемии.

Лечение. Более перспективно лечение нефротического синдрома при нефрите (см.), а также при системной красной волчанке, чем при амилоидозе и сахарном диабете. Важно стремиться к повышению содержания белка в сыворотке (введение плазмы, анаболических стероидов, назначение высокобелковой диеты при отсутствии почечной недостаточности). Для устранения отеков показаны мочегонные средства: фуросемид (в дозе до 200—280 мг в день), этакриновая кислота (до 200—300 мг), которые применяют прерывистыми курсами по 3—4 дня. Одновременно применяют антагонисты альдостерона (верошпирон до 200 мг/сут) длительно.

ОБМОРОК см. *Сосудистая недостаточность острая.*

ОЖИРЕНИЕ — избыточное накопление жира в организме. Может наблюдаться у практически здоровых людей при малоподвижном образе жизни, избыточном питании, особенно при употреблении углеводов в виде сладостей, жиров. Однако в ряде случаев эти факторы имеют лишь вспомогательное значение в развитии ожирения, решающую роль играет нарушение метаболизма в связи с нейроэндокринными расстройствами. Не исключается роль ЦНС, особенно нарушений в гипоталамической области. В развитии этой патологии может иметь значение недостаток соматотропного гормона, способствующего мобилизации жира из жировых депо.

Симптомы. Умеренное ожирение не вызывает каких-либо жалоб. На той или иной стадии болезни появляются слабость, одышка при движении. Аппетит чаще повышен. Характерны метеоризм, склонность к запорам. Ожирение часто протекает с гипертонией, нарушением углеводного обмена. Нередко ему сопутствуют подагра и остеоартроз (см.). Ожирение считается важным фактором, способствующим развитию атеросклероза. У некоторых больных ухудшаются условия вентиляции легких, что может привести к развитию легочной гипертонии и хронического легочного сердца. Ожирение может быть проявлением некоторых эндокринных нарушений: гипотиреоидизма, гиперкортизонизма.

Лечение. Необходимо соблюдение диеты с ограничением приема углеводов и жиров. Питаться следует дробно с приемом малых количеств пищи. Важна регулярная физическая нагрузка (ходьба, гимнастика). Принимают средства, понижающие аппетит (дезопимон). При эндокринных нарушениях по соответствующим показаниям применяют гормональные препараты.

ОСТЕОАРТРОЗ ДЕФОРМИРУЮЩИЙ характеризуется дегенеративными изменениями суставных хрящей и костей с образованием избыточной костной ткани, часто в области суставной поверхности. Заболевание чаще на-

блюдается у лиц пожилого возраста, в период менопаузы, а также при ожирении.

Симптомы. Заболевание может протекать бессимптомно, чаще же проявляется болями в области пораженных суставов и хрустом при движениях в них. Возможны быстропреходящие воспалительные изменения в суставах. Существенных деформаций и анкилозов суставов практически не возникает. Характерно появление утолщения, узлов у основания концевых фаланг пальцев рук, обычно безболезненных. Эти так называемые геберденовские узлы иногда ошибочно принимают за признак подагры или ревматоидного артрита. Нередко болезнь протекает с упорными болями в соответствующих суставах, что чаще имеет место у лиц с выраженной психастенией. При рентгенологическом исследовании наряду с новообразованием костной ткани в виде шипов наблюдается остеопороз. При появлении воспалительных изменений в суставах отмечается небольшой лейкоцитоз и повышение СОЭ.

Лечение. При болях и особенно наличии воспалительных изменений в суставах применяют бутадион, анальгин, при более упорном течении — индометацин по 25 мг 3—4 раза в день. Проводят курсовое лечение уроданом по 1 чайной ложке 3—4 раза в день в течение 30—40 дней. Препарат принимают внутрь перед едой, растворяя в 1/2 стакана воды. Показано физиотерапевтическое и курортное лечение. При наличии избыточной массы тела показана малокалорийная диета. В отдельных случаях возможно внутрисуставное введение гидрокортизона при выраженных воспалительных изменениях в суставе.

ОТЕК КВИНКЕ характеризуется безболезненным припуханием подкожных тканей, особенно часто на лице (веки, губы, язык). Болезнь отличается летучестью (продолжается от нескольких минут до многих часов) и внезапным появлением на какой-либо части тела. Заболевание имеет аллергическую природу, иногда удается установить связь с определенным аллергеном, в частности с приемом некоторых лекарств. Возможно сочетание с бронхиальной астмой и полипами носа. Аллергический отек представляет опасность для жизни в случае его распространения на гортань.

Лечение. При остром и быстром развитии отека рекомендуется введение адреналина (0,5 мл 0,1 % раствора). Внутрь дают антигистаминные средства: димедрол, дипразин (пипольфен) в средних дозах.

ОТЕК ЛЕГКИХ возникает вследствие выхода жидкой части крови из сосудистого русла через альвеолярно-капиллярную стенку в воздухоносную часть легкого при повышении давления крови в легочных венах и капиллярах или в результате повышения проницаемости альвеолярно-капиллярной стенки. Чаще всего отек легких развивается вследствие острой левожелудочковой недостаточности с быстрым нарастанием застоя крови в легочных венах и повышением давления в них. Это состояние близко по своему характеру и проявлениям к сердечной астме (см.). Отек легких наблюдается при инфаркте миокарда, атеросклеротическом кардиосклерозе, митральном стенозе, гипертонической болезни, особенно при гипертонических кризах. Возникновению отека легких могут способствовать инфекционные заболевания, связанные с тяжелой интоксикацией, крупозная пневмония, особенно в пожилом возрасте.

Симптомы. Отек легких обычно развивается при наличии клинических признаков основного заболевания, вызывающего острую сердечную недостаточность. Нередко у больных и до отека имеется одышка в покое. С началом и нарастанием отека легких одышка значительно усиливается, появляется кашель, обычно с выделением большого количества пенистой мокроты, иногда розового цвета. Больной принимает полусидячее положение в постели. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, влажные. Дыхание резко учащено. В легких выслушивается большое количество влажных разнообразных хрипов, дыхание усилено. Пульс резко учащен, обычно слабого наполнения. АД чаще понижено. Клинически и электрокардиографически определяют признаки соответствующего заболевания сердца. Рентгенологически выявляют обычно крупные или небольшие участки инфильтративно подобных изменений легочной ткани. Отек легких может характеризоваться острым течением с бурным нарастанием клинических проявлений, угрожая жизни больного. Однако возможно и менее тяжелое подострое и затяжное течение отека легких. Последнее особенно характерно для отека, развивающегося на фоне хронической сердечной или почечной недостаточности. Возникающее при этом нарушение газообмена в легких приводит к значительным сдвигам кислотно-основного состояния с развитием первоначально респираторного ацидоза.

Отек легких может также возникнуть в результате токсического повреждения альвеолярно-капиллярных стенок под влиянием вдыхания окислов азота, боевых отравляющих веществ, ядохимикатов. По своему происхождению приближается к этой патологии отек легких при хронической уремии, почечной или диабетической коме, а также аллергический отек легких. Проявления отека легких в этих случаях сходны с симптомами левожелудочковой недостаточности. Однако возможно и клинически более благоприятное течение с маловыраженной одышкой, небольшим количеством хрипов при наличии резко выраженных рентгенологических признаков отека легких. Клинически обычно превалируют проявления основной патологии, вызвавшей отек. Важно иметь в виду, что при некоторых интоксикациях (например, окислами азота) между вдыханием токсических веществ и появлением признаков отека легких может быть достаточно длительный скрытый период, достигающий иногда суток.

Лечение. Острый отек легких вследствие левожелудочковой недостаточности требует неотложных лечебных мероприятий. Терапию начинают с введения наркотических анальгетиков — морфина (1 мл 1 % раствора)

или пантопона. Они дают седативный эффект и уменьшают перевозбуждение дыхательного центра. Одновременно в/в вводят ганглиоблокаторы: 0,5—1,5 мл 5 % раствора или 2 % раствора бензогексония, способствующих снижению давления в легочных сосудах, депонированию крови в большом круге кровообращения. Для уменьшения объема циркулирующей крови и разгрузки малого круга кровообращения показаны диуретические средства: фуросемид (40—80 мг) или урегит (50—100 мг), которые вводят в/в, растворив в глюкозе или изотоническом растворе хлорида натрия. Для улучшения сократительной способности миокарда и улучшения оттока крови из легких показано введение сердечных гликозидов — строфантина (0,5—1 мл 0,05% раствора в/в с 10 мл 40 % раствора глюкозы). Одновременно обычно вводят эуфиллин (5—10 мл 2,4% раствора) для уменьшения сопутствующего отеку легких бронхоспазма. Необходима постоянная ингаляция кислорода. Для уменьшения обильного пенообразования, затрудняющего вентиляцию легких, показаны ингаляции паров спирта или антифомсилан. С этой целью кислород из баллонов пропускают через увлажнитель, в который вместо воды наливают спирт. Для более быстрого снятия явлений отека легких, помимо указанных медикаментов, применяются следующие мероприятия: наложение жгутов на конечности для депонирования части крови в них, кровопускание 300—500 мл крови. Цель их: уменьшить количество циркулирующей крови и приток ее к легким путем депонирования части крови в конечностях.

Лечение отека легких, вызванного различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, имеет некоторые особенности. При инфаркте миокарда, протекающем не только с отеком легких, но и с явлениями коллапса, недопустимо кровопускание. При отеке легких на фоне гипертонического криза необходимо введение активных гипотензивных средств, например аминазина (1—2 мл). Для уменьшения повышенной проницаемости альвеолярно-капиллярных стенок вводят в вену 1—2 мл 2,5 % раствора пипольфена, 40 мл 10 % раствора хлорида кальция, в условиях стационара 50—100 мг гидрокортизона. Эти же средства имеют некоторое значение для предупреждения развития токсического отека легких после вдыхания токсических веществ. Для терапии токсического отека легких имеет значение введение мочегонных средств, кислорода, по показаниям сосудистых препаратов.

ПЕРИКАРДИТ — заболевание сердечной сумки воспалительного характера, приводящее иногда к тяжелой сердечной недостаточности и по окончании текущего процесса. Симптоматика зависит прежде всего от формы заболевания. Различают сухой, выпотной и слипчивый перикардит. Перикардит может быть различного происхождения, иногда осложняет течение ревматизма, туберкулеза, других инфекционных заболеваний, системной красной волчанки, уремии. Реактивное воспаление перикарда встречается при опухолях сердца, инфаркте миокарда, травме грудной клетки. Почти в половине случаев этиологию перикардита установить не удается, по-видимому, при этом он развивается как неспецифическая реакция вследствие нарушения иммунных процессов в организме или скрыто протекающей инфекции.

Сухой перикардит может быть заподозрен при появлении острых болей в области сердца, однако он может протекать и без жалоб. При этом он обнаруживается в связи с появлением шума трения перикарда при аускультации. Шум наиболее интенсивен в третьем — пятом межреберье слева от грудины. Обычно он негромок и держится в течение нескольких дней. Отчетлива его связь с циклической деятельностью сердца.

Выпотной перикардит может быть серозно-фибринозным, геморрагическим или гнойным. Количество экссудата чаще невелико, но иногда достигает 2 л. Клинические проявления болезни зависят от величины и быстроты накопления экссудата. Общее состояние больных ухудшается, нередко они предпочитают возвышенное положение. При достаточно большом выпоте верхушечный толчок и пульсация сердца могут не определяться. Вены шеи набухшие, размеры сердца увеличиваются во всех направлениях, причем в ряде случаев устанавливается изменение величины сердечной тупости в зависимости от положения больного: она увеличивается в положении сидя и наклоне вперед. Тоны сердца глухие, тахикардия. Характерно появление признаков сердечной недостаточности с застоем в большом круге, увеличением печени, асцитом, отеками. Возможно сдавление возвратного нерва, пищевода. При рентгенологическом исследовании обнаруживается увеличение тени сердца со сглаживанием его дуг, резким ослаблением пульсации. На ЭКГ снижается вольтаж всех зубцов, имеется подъем сегмента *ST*, что выражено почти во всех отведениях. Трудности наблюдаются при диагностике выпотного перикардита у больных с тяжелым поражением миокарда с большим расширением сердца вследствие основного заболевания. Гнойный перикардит протекает более тяжело, обычно с высокой лихорадкой.

Слипчивый перикардит сопровождается сращением наружного и внутреннего листков перикардиальной сумки. Это приводит к нарушению диастолического наполнения сердца и снижению сердечного выброса в период систолы. Клинические проявления зависят в основном от развития сердечной недостаточности. Сердце может быть не увеличено в размерах, тоны не изменены. Пульс обычно слабого наполнения, пульсовое давление снижается, особенно при вдохе, что приводит к появлению так называемого парадоксального пульса (изменяется наполнение пульса, а не его ритм). В дальнейшем развиваются признаки выраженного нарушения кровообращения, преимущественно по большому кругу: увеличение печени, появление отеков, асцита. Застойные явления в легких чаще выражены весьма умеренно. Возможно сдавление печеночных вен, что приводит к особенно выраженному застою и увеличению печени с развитием ее фиброза

и асцита при отсутствии отеков ног (так называемый цирроз Пика). При этом диагностика перикардита может быть затруднена, и создается впечатление о наличии патологии печени. Для обнаружения этого заболевания важное значение имеет рентгенологическая картина, указывающая на отложение извести в перикарде. На ЭКГ отмечается снижение амплитуды зубцов, появление отрицательных зубцов *Т*. При рентгенокимографии выявляют резкое снижение пульсации контура сердца, что также имеет важное диагностическое значение.

Лечение. При остром перикардите терапия основного заболевания (туберкулез, ревматизм). Обычно применяют противовоспалительную терапию (бутадион по 0,15 г 3 раза в сутки, ацетилсалициловая кислота по 1 г 2—3 раза, индометацин по 25 мг 3 раза). При сильных болях вводят промедол. При экссудативном перикардите, особенно при значительном выпоте, показана пункция перикарда с удалением жидкости и одновременным введением медикаментов, прежде всего гидрокортизона, а при гнойном процессе — антибиотиков. При неспецифическом перикардите, протекающем с рецидивирующим выпотом, при недостаточном эффекте других противовоспалительных средств назначают кортикостероиды (преднизолон в дозе до 40 мг/сут). При достижении отчетливого клинического эффекта дозу преднизолона уменьшают с переходом при необходимости на поддерживающее лечение.

Лечение сердечной недостаточности проводят обычными средствами (см.), при этом более важное значение имеет введение мочегонных (верошпирон, фуросемид). При констриктивном (сдавливающем) перикардите эффективно лишь хирургическое вмешательство с удалением части перикарда.

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ — заболевание, протекающее циклически с характерными приступами. Встречается в основном среди некоторых этнических групп и в определенных географических зонах (Армения, Средиземноморье). Заболевание часто имеет наследственный характер.

Симптомы. Приступ болезни характеризуется появлением острых болей в животе. При этом обнаруживают напряжение брюшных мышц, симптом Щеткина-Блюмберга, указывающие на развитие острого перитонита. Одновременно отмечаются высокая лихорадка, лейкоцитоз, повышение СОЭ. Помимо этих симптомов, иногда наблюдаются боли в грудной клетке с признаками плеврального выпота, явления острого артрита. Приступ продолжается несколько часов, иногда более суток. Приступы возникают чаще через равные промежутки времени, например 1 раз в неделю, откуда произошло название болезни. Вне приступа больной никаких жалоб не предъявляет, практически здоров и выполняет привычную для себя работу. Болезнь может продолжаться годами, иногда перерывы между приступами могут быть более длинными. У некоторых больных развивается амилоидоз, который может приводить к хронической уремии.

Дифференциальный диагноз в период острого абдоминального криза проводят с болезнями, дающими картину острого живота. Решающее значение при этом имеют сведения о возникновении таких приступов в прошлом, а также динамическое наблюдение за больным, что помогает избежать ненужной лапаротомии. При диагностической лапаротомии в таких случаях находят небольшой серозный перитонит при отсутствии поражения какого-либо органа, однако проведение этой операции при периодической болезни нецелесообразно из-за возможности развития спаечного процесса.

Лечение при приступе болезни состоит в применении анальгетиков (анальгин, промедол). Эффективные методы предупреждения приступов при периодической болезни в настоящее время отсутствуют.

ПЕЧЕНОЧНАЯ КОЛИКА см. *Желчнокаменная болезнь*.

ПИЕЛИТ — воспалительные изменения почечных лоханок инфекционной природы. Болезнь чаще возникает под влиянием кокковой флоры, кишечной палочки, которые проникают в лоханки восходящим путем из мочевого пузыря, реже гематогенно и лимфогенно.

Симптомы. Для острого пиелита характерны высокая лихорадка, боли в поясничной области, иногда отдающие в пах. Обычно имеет место болезненное с резью мочеиспускание, связанное с инфекцией нижних мочевых путей. Положителен симптом Пастернацкого (болезненность при поколачивании по поясничной области). В анализе мочи находят большое число лейкоцитов, а также белок. При специальном исследовании выявляется бактериурия. Недостаточно леченный острый пиелит переходит иногда в хронический, протекающий с обострениями. Хронический пиелит сопровождается обычно поражением почечной паренхимы и развитием пиелонефрита (см.).

Лечение см. *Пиелонефрит*.

ПИЕЛОНЕФРИТ — диффузный воспалительный процесс паренхимы почек и почечных лоханок, связанный с инфекцией мочевыводящих путей. Заболевание обычно имеет двусторонний характер и протекает остро или хронически.

Острый пиелонефрит характеризуется обычно симптомами острой инфекции и поражения мочевыводящих путей. Часто имеет место на фоне нарушения оттока мочи вследствие урологических заболеваний, а также при беременности, сахарном диабете.

Симптомы. Болезнь начинается остро с ознобом, повышением температуры, часто болями в поясничной области и дизурическими расстройствами (учащенное болезненное мочеиспускание). Поколачивание по поясничной области обычно болезненное. В крови — лейкоцитоз, повышение СОЭ, в моче — большое число лейкоцитов, белок. При посеве мочи находят разнообразные бактерии, чаще энтерококки и стафилококки.

Лечение. Назначают антибактериальные средства, чаще всего левомицетин по 0,5 г 4—6 раз в день в течение 10—12 дней. Если после этого сохраняются изменения в мо-

че и остаются клинические симптомы болезни назначают сульфадиметоксин — первые 3—4 дня по 0,5 г 2 раза в день, далее 1 раз в день в течение месяца. Рекомендуется обильное питье (до 2—3 л жидкости в день).

Хронический пиелонефрит сопровождается в основном поражением паренхимы почек. Клинически поражение мочевыводящих путей может быть выражено незначительно или практически отсутствует. В анамнезе у таких больных могут быть признаки острой инфекции мочевыводящих путей. В типичных случаях в период обострения пиелонефрита отмечают проявление инфекции: лихорадка с познабливанием, дизурические явления, боли в поясничной области, положительный симптом Пастернацкого, лейкоцитоз, лейкоцитурия. При латентном течении характерна артериальная гипертония, при этом болезнь может длительно протекать с минимальными изменениями в моче, а стойкая высокая артериальная гипертония приводит к увеличению левого желудочка, изменениям глазного дна, ЭКГ и другим признакам, которые затрудняют дифференциальную диагностику пиелонефрита с гипертонической болезнью. Возможно латентное течение этой патологии, когда она выявляется в стадии далеко зашедшей хронической уремии (см.).

Для диагностики пиелонефрита важно выявление значительной лейкоцитурии. Для этого проводится проба Каковского—Аддиса; она позволяет определить количество форменных элементов в моче, выделенной за сутки (в норме за сутки выделяется до 2 млн. лейкоцитов и до 1 млн. эритроцитов). При проведении пробы Нечипоренко определяют количество форменных элементов в 1 мл мочи; в норме число лейкоцитов не превышает 4000 в 1 мл. Контрастное рентгенологическое исследование (урография) позволяет обнаружить изменение лоханок почек. Развитие почечной недостаточности при пиелонефрите проявляется длительно снижением относительной плотности мочи и полиурией. В ряде случаев эти проявления могут уменьшаться при адекватной терапии.

Лечение при обострении пиелонефрита проводят левомицетином по 0,5 г 4 раза в день в течение 10 дней. После перерыва (3—7 дней) назначают фурадонин по 0,1 г 3 раза в день в течение 20 дней. Затем, также после перерыва, в течение месяца проводят лечение сульфадиметоксином по 0,5 г 1 раз в день. При отсутствии выраженного эффекта, сохраняющихся значительных изменениях в моче возможно применение других противоинфекционных средств (5-НОК, неграм). При почечной недостаточности антибактериальные средства следует применять в меньших дозах, так как они плохо выделяются почками и накапливаются в организме. Лечение артериальной гипертонии проводят обычными средствами (гемитон, допегит, резерпин). Некоторый бактериостатический эффект вне обострения пиелонефрита может поддерживаться назначением клюквенного экстракта. При тяжелой гипертонии и почечной недостаточности необходимо соблюдение более строгой диеты (ограничение соли и белка).

Профилактика хронического пиелонефрита состоит в эффективном, достаточно длительном лечении инфекций мочевых путей, в раннем хирургическом лечении заболеваний, нарушающих отток мочи.

ПЛЕВРИТ — воспалительные изменения плевры с отложением на ней частиц фибрина (фибринозный, сухой плеврит) или с развитием выпота в плевральную полость (серозный, серозно-фибринозный, геморрагический или гнойный плеврит). Плеврит может быть проявлением разнообразных заболеваний, которые диагностируются на основании характерных признаков. Однако весьма часто он протекает как самостоятельное заболевание без определенной причины; в таких случаях следует прежде всего думать о скрытопротекающем туберкулезном процессе, при котором воспаление плевры является по существу своеобразной параспецифической реакцией организма.

Сухой плеврит выявляется иногда после простуды, травмы грудной клетки, а также при инфаркте легкого, абсцессе легкого, уремии, системной красной волчанке, системной склеродермии и т. д.

Симптомы. Болезнь протекает с общим недомоганием, болями в грудной клетке, с повышением температуры. Боли, связанные с плевритом, усиливаются при дыхании, кашле, имеют ограниченную локализацию. Наиболее характерный симптом — шум трения плевры различной интенсивности. Для отличия шума трения плевры от крепитации рекомендуется выслушивание при глубоком дыхании и надавливании фонендоскопом, при этом шум трения плевры усиливается. В крови находят небольшой лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Заболевание протекает благоприятно, заканчиваясь выздоровлением через 1—2 нед, иногда после него остаются плевральные спайки.

Лечение проводят противовоспалительными средствами (ацетилсалициловая кислота, анальгин, индометацин и др.). Местно применяют горчичники. При резкой боли назначают кодеин, промедол. При отсутствии видимой причины болезни и подозрении на туберкулез проводят специфическое противотуберкулезное лечение (фтивазид, ПАСК, стрептомицин).

Экссудативный плеврит чаще бывает *серозным* или *серозно-фибринозным*, обычно он представляет собой токсико-аллергическую реакцию при туберкулезе, хотя первичный очаг обычно не выявляется и лишь иногда обнаруживается позже. Собственно туберкулезное поражение плевры наблюдается редко. Иногда выпотной плеврит развивается в результате опухоли, которая также может протекать скрытно. Нередко серозно-фибринозный плеврит развивается при крупозной пневмонии, инфаркте легкого, системной красной волчанке, ревматоидном артрите и др.

Симптомы. Болезнь начинается с появления боли в боку, общего недомогания, снижения аппетита, иногда с повышения температуры. С появлением выпота боль исчезает, а с его нарастанием увеличивается одышка, которая связана со сдавлением легкого и сме-

щением средостения. При исследовании находят отставание пораженной стороны при дыхании. Перкуторно имеется тупость, причем верхняя граница ее спускается кзади от лопаточной линии вниз к позвоночнику. В области тупости дыхание не проводится, голосовое дрожание ослаблено или отсутствует. Диагноз уточняется при рентгенологическом исследовании, а также при плевральной пункции (для уточнения характера выпота). При пункции получают жидкость лимонно-желтого цвета, при наличии фибрина в ней обнаруживают сгусток. В плевральной жидкости определяют содержание белка и исследуют осадок. При плеврите концентрация белка превышает 3 %, а в осадке определяются лейкоциты, в основном лимфоциты. При более низком содержании белка следует думать о транссудате, который развивается у больных с большой задержкой жидкости в результате сердечной недостаточности и заболевания почек.

Геморрагический плеврит характеризуется появлением большого числа эритроцитов в выпоте, что придает плевральной жидкости красноватый оттенок. Встречается при злокачественных опухолях в легких, травме грудной клетки, инфаркте легкого, а также у больных геморрагическими диатезами. Клиническая картина геморрагического плеврита в основном соответствует симптомам серозно-фибринозного плеврита.

Гнойный плеврит (эмпиема плевры) чаще связан с пневмонией, абсцессом легкого, септикопиемией, реже с туберкулезом. Болезнь отличается тяжелым течением, сопровождается упорной высокой лихорадкой, большими размахами температуры в течение суток, ознобами, потами. Обычно имеется одышка, в крови лейкоцитоз, повышение СОЭ. При затяжном течении гнойный выпот ограничивается швартами, появляются изменения пальцев в виде барабанных палочек, может развиться амилоидоз.

Лечение. При выпотном плеврите в любом случае необходимы госпитализация, временное соблюдение постельного режима, полноценное питание, богатое белками и витаминами. Применяют противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота до 3 г/сут), при серозно-фибринозном плеврите в более тяжелых случаях назначают преднизолон до 20—30 мг/сут. Поскольку частой причиной плеврита является туберкулез, лечение преднизолоном при невыясненной этиологии заболевания сочетают с противотуберкулезными средствами: стрептомицином, фтивазидом. При значительном выпоте показана плевральная пункция с удалением жидкости и введением в плевральную полость 200 мг гидрокортизона. При определенной этиологии заболевания необходимо лечение основного заболевания. Лечение эмпиемы плевры возможно только хирургическим путем.

ПНЕВМОКОНИОЗ — развитие соединительной ткани в легких вследствие длительного вдыхания некоторых видов пыли. Пневмокониоз является профессиональным заболеванием у шахтеров, пескоструйщиков, рабочих-литейщиков и др. В развитии болезни и ее прогрессировании большое значение имеет реакция ткани легкого на внедрение частиц пыли, а также характер пыли. Пневмокониоз, развивающийся при вдыхании пыли, содержащей железо, частицы угля, развивается медленно, не приводит к тяжелым клиническим проявлениям. Поражение легких под влиянием растительной пыли бывает обусловлено преимущественно внедрением бактерий, содержащихся в этой пыли (биссиноз — при вдыхании хлопчатобумажной пыли, багассоз — при вдыхании пыли, содержащей крахмал). Наибольшее значение среди этих заболеваний имеет силикоз и силикатоз — пневмокониозы, вызываемые пылью, содержащей двуокись кремния, цементной пылью, асбестом и т. д.

Силикоз возникает при систематическом контакте с пылью в течение нескольких лет, а в редких случаях через год. В начальной стадии имеется небольшое снижение жизненной емкости легких и лишь при рентгенологическом исследовании выявляются такие симптомы, как мелкоочаговые тени в легких. Затем появляются одышка, боль в грудной клетке, небольшой кашель. Эти явления постепенно усиливаются. При выслушивании легких могут определяться измененное дыхание, сухие хрипы. На рентгенограмме выявляют фиброз с узелками небольшого размера, а в более поздних стадиях крупные узлы. Эти изменения не имеют тенденции к локализации в какой-либо определенной зоне легких. Обычно имеются признаки эмфиземы легких и дыхательная недостаточность, а позже и хроническое легочное сердце (см.). По мере прогрессирования болезни увеличивается опасность присоединения туберкулеза, а также банальной инфекции.

Лечение. Необходимо возможно более раннее прекращение контакта с пылью. По показаниям назначают бронхорасширяющие, отхаркивающие, антибактериальные средства. При развитии туберкулеза лечение проводят по общим правилам.

Профилактика состоит в снижении запыленности воздуха рабочих помещений, использовании масок, респираторов — как индивидуальных мер защиты от пыли. У работников соответствующих профессий необходимы ежегодные профилактические осмотры, включающие рентгенологическое обследование.

Силикатозы (асбестоз, талькоз) развиваются при достаточно длительном контакте с соответствующей пылью. Жалобы и клинические проявления у больных аналогичны соответствующим симптомам силикоза. Однако эти заболевания прогрессируют медленнее и протекают более легко, чем силикоз. При рентгенологическом исследовании имеется чаще всего пневмосклероз с мелкоочаговыми тенями, которые в отличие от силикоза не склонны к увеличению и слиянию.

Лечение и профилактика аналогичны применяемым при силикозе.

ПНЕВМОНИЯ КРУПОЗНАЯ — воспаление легких с поражением доли или целого легкого и вовлечением в процесс плевры. Болезнь развивается остро и вызывается обычно

пневмококком; встречается за последнее время значительно реже.

Симптомы. После сильного озноба повышается температура до 39 °С, появляются боли в грудной клетке, усиливающиеся при грубоком дыхании, сухой кашель. Пораженная сторона грудной клетки отстает при дыхании. Перкуторно в первые дни болезни в зоне поражения звук притуплен нерезко, имеется тимпанический оттенок его. Позже определяется тупость в области соответствующей доли. При выслушивании вначале над пораженным участком определяется крепитация, затем она исчезает и появляется характерное бронхиальное дыхание. При разрешении пневмонии вновь появляется крепитация. Нарастание симптомов болезни характеризуется усилением одышки, присоединением кашля с мокротой, явлениями сосудистой недостаточности с гипотонией, тахикардией. Иногда возникает и сердечная недостаточность с застойными явлениями. При поражении нижних долей с вовлечением в процесс диафрагмальной плевры возможны жалобы на резкие боли в животе, с которых болезнь иногда и начинается. В крови находят нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличивается СОЭ. При рентгенологическом исследовании обнаруживают затемнение, соответствующее доле или целому легкому. Болезнь может осложниться абсцессом, экссудативным плевритом, иногда распространением инфекции на другие органы.

Лечение. Госпитализация, соблюдение постельного режима, щадящая диета; пенициллин по 300 000 ЕД 6—8 раз в сутки. При недостаточной эффективности применяют цепорин по 0,25—0,5 г 4 раза в день в/м. Пенициллин целесообразно сочетать с сульфадимезином. При отсутствии сердечной недостаточности обеспечивают обильное питье. Сердечно-сосудистые средства (камфора, кордиамин) показаны даже при отсутствии гипотонии. Назначают также банки, горчичники. При улучшении состояния необходима лечебная и дыхательная гимнастика.

ПНЕВМОНИЯ ОЧАГОВАЯ — воспаление легких с поражением небольшого их участка. Заболевание чаще развивается у ослабленных лиц, страдающих другими заболеваниями, после операции, травмы. Нередко ему предшествует катаральное состояние дыхательных путей с распространением инфекции на легочную ткань (поэтому болезнь называют также бронхопневмонией). Заболевание вызывается различными микроорганизмами (пневмококком, стафилококком, вирусами и др.).

Симптомы разнообразны, зависят иногда от характера основного заболевания, на фоне которого возникла пневмония. В некоторых случаях ухудшается лишь общее состояние, и диагноз можно установить только при рентгенологическом исследовании. Чаще же отмечается повышение температуры, кашель с небольшим количеством мокроты, возможна одышка. При исследовании грудной клетки в случае локализации очага воспаления близко к ее поверхности может определяться небольшое укорочение перкуторного звука, там же выслушиваются звонкие мелкопузырчатые хрипы. В анализе крови небольшой лейкоцитоз, увеличение СОЭ. При рентгенологическом исследовании можно обнаружить инфильтрат в легочной ткани разнообразной интенсивности, величины и локализации. При прикорневом расположении инфильтрата рентгенологическое исследование имеет решающее значение для диагноза.

Лечение проводят антибиотиками широкого спектра действия: левомицетином, цепорином. При необходимости используют кислород, сосудистые средства (кордиамин, камфора). Показаны также средства, разжижающие мокроту (например, настой термопсиса), применяют горчичники, банки.

Профилактика бронхопневмонии сводится к закаливанию и предупреждению гриппа и катара дыхательных путей.

ПНЕВМОНИЯ ХРОНИЧЕСКАЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ характеризуется воспалительными изменениями, преимущественно в межуточной ткани легких. Сопровождается поражением кровеносных, лимфатических сосудов и перибронхитом. Возникает нередко после острых пневмоний, при хроническом бронхите и бронхоэктазах на фоне синуситов. У отдельных больных в анамнезе имеется туберкулез.

Симптомы. Характерны обострения с повышением температуры, появлением или усилением кашля, нередко — с мокротой, одышки при небольшом напряжении. Объективно может выявляться небольшой цианоз; дыхание учащено, при перкуссии выявляются участки притупления наряду с признаками эмфиземы легких. Выслушиваются усиление дыхания, сухие, реже звонкие влажные хрипы. Рентгенологически характерно усиление легочного рисунка в связи с перибронхиальной инфильтрацией. В крови в период обострения — лейкоцитоз, повышение СОЭ. Вне обострения могут быть признаки эмфиземы легких, хронического бронхита, однако симптоматика может быть выражена весьма незначительно. Обычно постепенно развиваются дыхательная недостаточность (см.) и пневмосклероз.

Лечение. При обострении пневмонии применяют антибиотики: пенициллин (1 000 000—2 000 000 ЕД, стрептомицин 500 000—1 000 000 ЕД/сут), при недостаточной их эффективности используют антибиотики широкого спектра действия: левомицетин, тетрациклин, цепорин и др. При нерезко выраженном воспалении можно применять сульфаниламидные препараты — сульфадиметоксин, этазол. По показаниям назначают бронхолитические, отхаркивающие, общеукрепляющие средства. Вне обострения рекомендуется регулярная дыхательная гимнастика.

Профилактика хронической пневмонии состоит в своевременном, достаточно активном лечении острых заболеваний бронхов, разумном закаливании.

ПНЕВМОСКЛЕРОЗ — локализованное или диффузное патологическое развитие соединительной ткани в легком, обычно перибронхиально в интерстициальной ткани и часто с замещением альвеолярной ткани. Эта патология медленно прогрессирует, развива-

ется обычно при хронической интерстициальной пневмонии, бронхоэктазах, иногда при системных васкулитах и сердечной недостаточности с длительным застоем крови в легком.

Симптомы. Обычно ведущее значение имеют проявления других заболеваний, в результате которых развивается пневмосклероз. При его значительном прогрессировании у больных возникает легочная недостаточность с одышкой, цианозом, тахикардией, развитием признаков хронического легочного сердца (см.). При обследовании в легких находят участки притупления, участки выраженного коробочного звука в результате сопутствующей эмфиземы легких. При рентгенологическом исследовании выявляют деформацию легочного рисунка с резким его усилением за счет развития соединительной ткани. Диффузный пневмосклероз тесно связан с проявлениями хронической интерстициальной пневмонии (см.). Для оценки тяжести заболевания важное значение имеет исследование функции внешнего дыхания, в частности жизненной емкости легких, которая обычно снижается. Возможен сегментарный пневмосклероз, который проявляется более легко, однако иногда вызывает трудности при дифференциальном диагнозе с другими локализованными поражениями легких.

Лечение и профилактика см. *Пневмония хроническая интерстициальная. Дыхательная недостаточность.*

ПНЕВМОТОРАКС — наличие свободного воздуха в плевральной полости между грудной стенкой и легким. Пневмоторакс чаще возникает в результате травмы грудной клетки. Деструкция легочной ткани, вызывающая так называемый **спонтанный пневмоторакс**, может быть обусловлена туберкулезом, бронхоэктазами, опухолью легких; иногда основное заболевание легких выявить не удается, в таких случаях чаще всего имеет место очаговая буллезная эмфизема с разрывом субплеврального пузыря под влиянием физической нагрузки (такой пневмоторакс чаще всего наблюдается у мужчин 20—40 лет в правом легком).

Симптомы. Болезнь начинается остро с резкой боли в грудной клетке, затруднения дыхания, сухого кашля. Обычно имеется сильная одышка с ортопноэ и цианозом. Может развиться коллапс. При обследовании выявляют отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании, перкуторно имеется громкий легочный звук с тимпаническим оттенком. При аускультации дыхание на пораженной стороне не определяется. Возможно смещение органов средостения в здоровую сторону. Характерна рентгенологическая картина: легочный рисунок по периферии пораженной стороны отсутствует, определяется четкая граница спавшегося легкого. Однако возможен небольшой пневмоторакс, протекающий относительно легко, при котором рентгенологическое исследование может не выявить характерных изменений. В некоторых случаях остро возникающий пневмоторакс может вызвать трудности при дифференциальной диагностике с острой коронарной недостаточностью и острым животом.

Клинически наиболее тяжело протекает так называемый **клапанный пневмоторакс.** Во время вдоха воздух проникает в плевральную полость, а при выдохе дефект закрывается, что препятствует выходу воздуха и сопровождается значительным повышением давления в полости плевры, сдавлением средостения, раздражением нервов вегетативной нервной системы. Состояние больного тяжелое. Вследствие нарушения функции здорового легкого нарастает дыхательная недостаточность, и, если не приняты срочные меры, развивается коллапс.

Лечение. Спонтанный пневмоторакс при легком течении не требует специальной терапии. При одышке показан кислород, при сильных болях — промедол. При нарастающем ухудшении, что обычно обусловлено клапанным пневмотораксом, применяют аспирацию воздуха из плевральной полости с помощью специального аппарата. При отсутствии его можно проколоть полость плевры толстой иглой, соединенной с длинной резиновой трубкой, конец которой опускается в сосуд с водой. Это препятствует попаданию воздуха в полость плевры через иглу при вдохе. Коллапс лечат по общим правилам (см.).

ПОДАГРА — нарушение обмена веществ с повышением количества мочевой кислоты в организме и отложением ее в тканях, прежде всего в хрящах и в суставах и явлениями их реактивного воспаления. Болеют преимущественно мужчины. Нередко сочетанное нарушение нескольких видов обмена, в частности с наклонностью к ожирению. Характерна почти постоянная гиперурикемия.

Симптомы. Чаще болезнь протекает в виде рецидивирующего острого артрита, который в отличие от ревматоидного артрита не приводит к выраженной деформации и нарушению функции суставов. При остром приступе чаще других поражается плюсне-фаланговый сустав большого пальца ноги. Характерна острая боль в пораженном суставе, который припухает и краснеет. Появляются лихорадка, тахикардия, в крови — лейкоцитоз. Для правильной оценки происхождения острого артрита целесообразны поиски внесуставных проявлений подагры. В мочке уха могут быть обнаружены характерные узелки — тофи, содержащие соли мочевой кислоты. Находят также повышенное содержание ее в крови. При повторных атаках, а также хроническом течении возможно появление небольшой деформации суставов. Могут поражаться почки вплоть до развития пиелонефрита и нефроангиосклероза. Однако снижение функции почек происходит очень медленно, уремия развивается редко. В связи с возможностью атипичного течения без значительного поражения суставов с медленно прогрессирующим поражением почек диагноз иногда ставят поздно. Возможна вторичная гиперурикемия при хронической почечной недостаточности, некоторых заболеваниях крови.

Лечение. Ограничивают прием пищи, содержащей большое количество пуринов (мясо, бобовые, шоколад, шпинат и т. д). При остром приступе показаны противовоспали-

тельные средства (бутадион по 0,15 г 3—4 раза в день, индометацин по 0,025 г 3—4 раза в день до уменьшения воспалительных проявлений). При частых приступах для их предупреждения можно применять колхамин по 0,5 мг внутрь ежедневно. Для усиления выведения мочевой кислоты из организма дают аллопуринол по 0,3—0,4 г/сут в течение 2—3 нед, затем переходят на поддерживающую дозу 0,2—0,3 г/сут.

ПОЛИАРТРИТ ИНФЕКЦИОННЫЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ см. *Ревматоидный артрит.*

ПОЛИАРТРИТ ИНФЕКЦИОННЫЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ наблюдается при туберкулезе, дизентерии, бруцеллезе, гонорее, реже при других инфекционных болезнях. Явления артрита возникают при наличии выраженных симптомов основной болезни. Специфический туберкулезный артрит наблюдается чаще в тазобедренном суставе и позвоночнике с наклонностью к образованию натечников. Для гонореи характерен моноартрит с поражением коленного, локтевого сустава с вовлечением в процесс хряща, кости, сухожилий. Диагноз подтверждается обнаружением гонококка в суставном выпоте или при положительной реакции Борде — Жангу.

При дизентерии полиартрит возникает обычно уже после прекращения поноса с поражением чаще всего коленных суставов. Протекает относительно нетяжело, заканчивается полным излечением. Бруцеллезный артрит служит важным проявлением основного заболевания (см. *Бруцеллез*).

При сифилисе поражение суставов может возникать как во вторичный, так и в поздний период с гуммозной инфильтрацией синовиальной оболочки. Характерны резкие боли, усиливающиеся по ночам в коленных, локтевых, реже в других суставах. Реакция Вассермана в синовиальной жидкости положительная.

Лечение направлено прежде всего на ликвидацию основного заболевания. Для уменьшения явлений полиартрита дополнительно назначают бутадион, индометацин, ацетилсалициловую кислоту.

ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК — врожденное заболевание, при котором в почках образуются кистозные полости различной величины, заполненные жидким полупрозрачным содержимым. Поражение обеих почек нередко сочетается с наличием кист в печени.

В течение многих лет больные обычно не предъявляют жалоб, не выявляется и объективных признаков болезни. Почки могут быть увеличены и при этом пальпируются. В других случаях заболевание диагностируют лишь при осложнении его инфекцией мочевыводящих путей или почечной гипертонией, которая развивается вследствие затруднения почечного кровообращения из-за сдавления сосудов кистами. При исследовании мочи обнаруживают протеинурию, реже гематурию. Часто развивается хроническая почечная недостаточность (см.), однако она обычно медленно прогрессирует. У 20 % больных поликистоз почек может не проявиться в течение всей жизни.

Лечение симптоматическое. Развитие уремии требует пересадки почек или программного гемодиализа.

ПОНОСЫ (диарея) — появление частого жидкого стула обычно в результате нарушения моторной функции кишечника. Поносы появляются при заболеваниях тонкого и толстого кишечника, поджелудочной железы, печени, некоторых эндокринных и функциональных расстройствах. При заболеваниях тонкого кишечника нередко выделяется большое количество жидких каловых масс. В зависимости от преобладания бродильной или гнилостной флоры характер каловых масс изменяется: в первом случае они пенистые, во втором — с резким гнилостным запахом. Гнилостная диспепсия чаще встречается при недостаточной секреции желудка с нарушением бактерицидного действия желудочного сока. Поносы, возникающие при поражении толстой кишки в результате воспалительного процесса, обычно бывают необильными, иногда каловые массы содержат кровь.

Лечение. В первую очередь необходима своевременная диагностика и терапия заболевания, вызвавшего понос. У больных с функциональными нарушениями кишечника и в качестве симптоматического средства назначают настойку опия по 6—8 капель 3 раза в день или препараты висмута. При длительных поносах, сопровождающихся нарушением всасывания в тонком кишечнике, необходима витаминотерапия.

ПОРОКИ СЕРДЦА ВРОЖДЕННЫЕ — нарушение развития сердца и крупных сосудов, приводящее к изменению кровотока, перегрузке и недостаточности миокарда камер сердца. Типичны для многих врожденных пороков признаки общего недоразвития и резкая синюшность кожных покровов. С выраженным цианозом протекают тетрада Фалло, комплекс Эйзенменгера, транспозиция больших сосудов.

Тетрада Фалло — сочетание сужения легочной артерии, дефекта межжелудочковой перегородки, отхождения аорты от обоих желудочков, гипертрофии правого желудочка. Порок выявляется в раннем детском возрасте. Выражен цианоз, рост ребенка замедлен, при малейшем напряжении возникает одышка. При осмотре выявляют пальцы в виде барабанных палочек, систолический шум, особенно интенсивный на легочной артерии. С помощью инструментальных методов обнаруживают увеличение и гипертрофию правого желудочка. Диагноз уточняют при катетеризации сердца рентгеноконтрастным исследованием. Обычно имеет место вторичный эритроцитоз.

Лечение хирургическое, без которого дети доживают в среднем до 15 лет.

Комплекс Эйзенменгера характеризуется большим дефектом межжелудочковой перегородки, транспозицией аорты с ее отхождением от обоих желудочков и гипертонией малого круга с гипертрофией правого желудочка. Болезнь обнаруживается чаще всего в детстве. При этом выслушивается громкий систолический шум в третьем — четвертом межреберье у края грудины. Цианоз и одышка могут быть выражены умеренно. Продолжительность жиз-

ни без своевременного хирургического вмешательства составляет 25—30 лет.

Дефект межжелудочковой перегородки (болезнь Толочинова — Роже) проявляется грубым продолжительным систолическим шумом в третьем-четвертом межреберье у левого края грудины в результате тока крови из левого желудочка в правый. При пальпации той же области определяется систолическое дрожание. Размеры сердца в течение длительного времени остаются нормальными. Относительно небольшой дефект перегородки длительное время не вызывает больших нарушений гемодинамики и не ограничивает продолжительность жизни. Однако иногда у таких больных развивается тяжелая легочная гипертония с появлением одышки при небольшом напряжении и гипертрофии правого желудочка. У таких больных целесообразно хирургическое вмешательство. Болезнь может осложняться затяжным септическим эндокардитом.

Дефект межпредсердной перегородки приводит к сбросу крови из левого предсердия в правое. Заболевание длительное время может протекать бессимптомно. Систолический шум во втором — третьем межреберье слева от грудины может быть умеренно выраженным. Клинические проявления возникают в связи с развитием гипертонии в легочной артерии с гипертрофией правого желудочка и последующим развитием сердечной недостаточности по большому кругу кровообращения. Чаще всего возникают трудности при дифференциальном диагнозе этой патологии с первичной легочной гипертонией. Последняя также протекает с одышкой и цианозом. Для диагноза решающее значение имеют данные зондирования сердца. При своевременном оперативном лечении гемодинамические нарушения устраняются, и прогноз существенно улучшается.

Незаращение артериального (боталлова) протока — сравнительно частый врожденный дефект. Артериальный проток соединяет легочную артерию с дугой аорты. При его незаращении имеется постоянный ток крови из аорты в легочную артерию с переполнением кровью легких и увеличением работы обоих желудочков сердца. Симптомы болезни зависят от ширины протока и величины сброса крови. Этот порок может протекать без жалоб и обнаруживается иногда при случайном врачебном обследовании. Характерен громкий, дующий шум, выслушивающийся прежде всего в период систолы, но сохраняющийся также и в период диастолы. Шум регистрируется во втором-третьем межреберье слева от грудины, имеется акцент II тона на легочной артерии. Пульсовое давление может быть повышено. Желудочки сердца обычно гипертрофированы и расширены. Вместе с тем расширяется и начальная часть легочной артерии. Цианоз часто отсутствует, однако могут быть головокружения, склонность к обморокам, отставание в росте. Диагноз подтверждается данными ангиокардиографии. Средняя продолжительность жизни без операции достигает 35 лет.

Лечение хирургическое — перевязка артериального протока, что сравнительно несложно и дает хороший результат.

Сужение легочной артерии. Для этого порока характерны цианоз, физическое недоразвитие. Могут быть жалобы на одышку, боли в области сердца, склонность к обморокам, головокружения; часто пальцы имеют вид барабанных палочек. При исследовании сердца обнаруживаются признаки гипертрофии правого желудочка, которому приходится преодолевать сопротивление, вызываемое стенозом легочной артерии. Имеется усиленный сердечный толчок, сердце увеличено вправо, возможен сердечный горб. Во втором межреберье слева у грудины выслушивается систолический шум, II тон на легочной артерии ослаблен. Гипертрофия и перегрузка правого желудочка подтверждаются также инструментальными методами. Возможна правожелудочковая недостаточность с нарушением кровообращения по большому кругу. Средняя продолжительность жизни 20 лет. Больные часто погибают от присоединения туберкулеза легких. Своевременное хирургическое лечение, показанное при выраженном стенозе, значительно улучшает прогноз.

Субаортальный стеноз — сужение выходного отдела левого желудочка за счет кольцевидной фиброзной пленки. Аортальный клапан остается неизмененным. Болезнь иногда проявляется лишь в более зрелом возрасте. Могут быть одышка, утомляемость, боли в области сердца, иногда обмороки. При обследовании находят увеличение и гипертрофию левого желудочка, усиление верхушечного толчка, расширение границ сердца влево. Во втором межреберье справа от грудины определяются систолический шум и систолическое дрожание. Шум обычно проводится на сосуды шеи. На аорте II тон остается нормальным или ослаблен. Нередок ранний диастолический шум, указывающий на аортальную недостаточность. При рентгенологическом исследовании восходящая аорта обычно нормальная или слегка расширена. При умеренном стенозе болезнь длительное время может протекать благоприятно, без жалоб. При выраженном стенозе необходима операция.

Коарктация аорты — сужение перешейка аорты сразу после отхождения от нее левой подключичной артерии. Поэтому основным проявлением болезни служит повышение АД в артериях верхней половины тела и понижение его в артериях нижних конечностей. При достаточно выраженном сужении отмечаются пульсация в голове, головная боль, реже тошнота, рвота, нарушение зрения и повышение давления при измерении его на руках. Одновременно вследствие недостатка кровоснабжения ног имеется онемение, тяжесть, слабость при ходьбе, понижение давления при измерении его на ногах. В связи с этим в случаях гипертонии неясного происхождения необходимо измерение давления не только на руках, но и на ногах. Для этого манжету накладывают на нижнюю треть бедра и выслушивают тоны в подколенной ямке [в норме систолическое давление при этом превышает давление на плече на 2,67 кПа (20 мм рт. ст.), при коарктации аорты давление на руках может превышать давление на бедренной артерии до

13,3 кПа (100 мм рт. ст.)]. Обычно одновременно определяются нерезко выраженные признаки гипертрофии и расширение левого желудочка, относительно негромкий систолический шум во втором — четвертом межреберье у края грудины и сзади между лопатками. О коарктации аорты может свидетельствовать наличие коллатералей в виде определяемых глазом увеличенных в объеме пульсирующих межреберных артерий либо в виде неровности контуров ребер в результате сдавления костной ткани артериями. Этот порок сердца может осложниться мозговым инсультом на почве артериальной гипертонии, а также ранним развитием атеросклероза аорты и коронарных артерий. Средняя продолжительность жизни составляет 35 лет. В связи с этим оперативное вмешательство рекомендуется в возрасте 20—30 лет. В редких случаях больные этим пороком могут доживать до 70—80 лет.

ПОРОКИ СЕРДЦА ПРИОБРЕТЕННЫЕ чаще всего обусловлены ревматизмом, реже затяжным септическим эндокардитом, атеросклерозом, сифилисом. Пороки сердца могут быть связаны с сужением отверстия между камерами сердца или недостаточностью клапанов, в последнем случае створки их не закрывают полностью отверстий. Встречаются пороки отдельных клапанов и комбинированные пороки, при которых поражаются два и более клапанов сердца.

Недостаточность митрального клапана — порок, при котором во время сокращения левого желудочка часть крови возвращается в левое предсердие вследствие неполного закрытия митрального отверстия. Недостаточность митрального клапана может быть относительной: при этом клапаны не изменены, но из-за расширения левого желудочка и предсердно-желудочкового отверстия створки митрального клапана полностью не смыкаются. Органическая недостаточность митрального клапана наблюдается обычно в сочетании с некоторым сужением митрального отверстия и чаще вызывается ревматическим эндокардитом.

Симптомы. Больные могут жаловаться на одышку при физическом напряжении, сердцебиения, слабость, что связано с сердечной недостаточностью. Отмечают увеличение сердца вверх и влево, что лучше всего выявляется при рентгеноскопии. В первом косом положении пищевод отклоняется по дуге большого радиуса (10 см) из-за увеличения левого предсердия. Важный симптом митральной недостаточности — систолический шум на верхушке с проведением чаще всего в левую подмышечную область. I тон ослаблен, II тон на легочной артерии усилен. При нарастании застойных явлений в малом круге кровообращения позже выявляется и увеличение правого желудочка, а затем и признаки его недостаточности с застоем в большом круге кровообращения. На ЭКГ отмечают признаки увеличения левого желудочка и изменение зубца P (расширение, зазубренность) вследствие поражения левого предсердия, позже присоединяются признаки увеличения правого желудочка.

Систолический шум на верхушке часто бывает обусловлен функциональными изменениями в сердце и встречается у 1/3 здоровых детей и подростков, несколько реже у взрослых. При этом возникают трудности при дифференциальной диагностике с недостаточностью митрального клапана. Для диагноза ревматического порока сердца, помимо наличия ревматического анамнеза, необходимо обращать внимание на ослабление I тона на верхушке сердца, рентгенологические признаки увеличения левого желудочка и предсердия, интенсивность систолического шума, его продолжительность. Диагноз порока особенно убедителен при наличии признаков хотя бы незначительного митрального стеноза.

Лечение. Терапия активного ревмокардита при появлении сердечной недостаточности — назначение сердечных гликозидов и мочегонных. При выраженном пороке возможно протезирование митрального клапана.

Стеноз левого венозного отверстия (митральный стеноз) — сужение левого предсердно-желудочкового отверстия с затруднением и уменьшением поступления крови в левый желудочек из левого предсердия. Этот порок сердца, как правило, бывает обусловлен ревматизмом. При нем наблюдается расширение левого предсердия с повышением давления в нем и во впадающих в него венах. Это приводит рефлекторно к спазму артериол малого круга, к повышению давления в легочной артерии. В результате увеличивается нагрузка и на правый желудочек сердца.

Симптомы. Характерны жалобы на одышку при относительно небольшой нагрузке, кашель, кровохарканье. Однако иногда достаточно выраженный митральный стеноз длительно протекает без жалоб. У больных часто выявляется цианотично-розовая окраска щек (митральный румянец). В легких отмечаются признаки застоя: влажные хрипы в нижних отделах. Характерна склонность к приступам сердечной астмы и даже отеку легкого. Отмечают увеличение и гипертрофию правого желудочка с появлением пульсации в подложечной области, смещением границы сердца вправо, а также увеличение левого предсердия со смещением верхней границы до II ребра. В типичных случаях на верхушке сердца выслушивается пресистолический шум, а часто и протодиастолический шум, громкий I тон и добавочный тон, следующий непосредственно за II тоном (тон открытия митрального клапана). Наличие добавочного тона обусловливает своеобразный трехчленный ритм («ритм перепела»). На ЭКГ имеются признаки гипертрофии правого желудочка и увеличение левого предсердия (увеличенный и уширенный зубец P_{1_2}). Митральный стеноз является одной из наиболее важных причин развития мерцательной аритмии. При выраженной легочной гипертонии у больных развивается застой по большому кругу кровообращения.

Лечение ревмокардита и сердечной недостаточности при этом пороке проводят по общим правилам (см.). При выраженном митральном стенозе проводится комиссуротомия, а при сочетании его с митральной недоста-

точностью — протезирование митрального клапана.

Недостаточность аортального клапана — порок, при котором в период диастолы отсутствует полное смыкание аортальных клапанов, в результате чего часть крови, выброшенной в аорту, возвращается обратно в левый желудочек. Порок бывает обусловлен ревматизмом, затяжным септическим эндокардитом, сифилисом, атеросклерозом, ревматоидным артритом.

Симптомы. Болезнь может длительно протекать без жалоб. Нередко появляются боли в сердце различного характера, иногда продолжительные, особенно при нагрузке. Отмечаются сердцебиения, пульсация в области шеи, позднее одышка. Характерны бледность, пульсация артерий шеи («пляска каротид»). Левый желудочек значительно гипертрофируется и увеличивается. Это проявляется смещением верхушечного толчка влево и вниз в шестое — седьмое межреберье, его значительным усилением. При рентгенологическом исследовании сердце приобретает аортальную конфигурацию с увеличением левого желудочка и выраженной талией. Наиболее типично появление диастолического шума в третьем — четвертом межреберье слева от грудины (точка Боткина), а также во втором межреберье справа от грудины (точка аорты). Над аортой может выслушиваться также функциональный систолический шум. Пульсовое давление увеличено, диастолическое давление может быть нулевым, а систолическое обычно повышается. В связи с этим пульс скорый, частый, высокий. На ЭКГ выявляются признаки гипертрофии левого желудочка. В поздней стадии порока расширение левого желудочка приводит к развитию относительной недостаточности митрального клапана, застою крови в легких с нарастающей одышкой. При сифилитическом пороке диастолический шум более четко выслушивается во втором и первом межреберьях справа от грудины, нередко стенокардические боли в сердце, одновременно наблюдаются изменения восходящей аорты при рентгенологическом исследовании.

Лечение сердечной недостаточности при этом пороке осуществляется по общим правилам. Однако следует отдавать предпочтение мочегонным, так как применение дигиталиса — обычно малоэффективно в связи с тем, что он способствует урежению ритма и удлинению диастолических пауз, во время которых кровь возвращается в левый желудочек. Возможно радикальное устранение порока — протезирование аортального клапана.

Стеноз устья аорты — порок, при котором вследствие сужения аортального отверстия затрудняется выброс крови из левого желудочка. Порок имеет ревматическое происхождение. Развивается прежде всего гипертрофия левого желудочка. Течение болезни зависит во многом от степени стеноза.

Симптомы. После некоторого периода благоприятного течения у больных появляются боли в области сердца, обмороки, одышка и сердцебиение. При обследовании обнаруживают увеличение сердца влево со смещением верхушечного толчка кнаружи и вниз. Данные инструментального исследования подтверждают увеличение и гипертрофию левого желудочка. Иногда при рентгенологическом исследовании обнаруживают обызвествление клапанов аорты. Наиболее характерен грубый систолический шум, выслушиваемый во втором межреберье справа у грудины. Шум проводится на сосуды шеи, иногда по всей грудной клетке. На фонокардиограмме он имеет ромбовидную форму. Часто имеет место систолическое дрожание над аортой. Пульс малый и медленный, пульсовое АД уменьшено. Этот порок часто сочетается с недостаточностью аортального клапана. Течение порока может осложниться присоединением стенокардии вследствие недостаточности коронарного кровоснабжения с уменьшением выброса крови в аорту. Прогноз резко ухудшается в связи с присоединением сердечной недостаточности с нарушением кровообращения по левожелудочковому типу с одышкой, сердечной астмой.

Лечение сердечной недостаточности и ревмокардита при этом пороке проводят по общим правилам. При выраженном аортальном стенозе показана операция.

Недостаточность трехстворчатого клапана — порок, при котором в период сокращения правого желудочка часть крови возвращается в правое предсердие в результате неполного закрытия предсердно-желудочкового отверстия склерозированными створками клапана. Этот порок встречается обычно в сочетании с митральным или аортальным пороком. При этом нередко встречается относительная недостаточность трехстворчатого клапана из-за растяжения предсердно-желудочкового отверстия в результате расширения правого желудочка.

Симптомы. При осмотре выявляют расширение шейных вен с их пульсацией, синхронной с пульсацией артерий. Правая граница сердца смещена вправо за счет увеличения правых его отделов. Характерный аускультативный признак — длинный систолический шум у основания грудины. У больных рано развивается сердечная недостаточность с застойными явлениями в большом круге кровообращения: увеличение печени, отеки, асцит, повышение венозного давления. Может быть пульсация печени.

Лечение. В первую очередь необходимо проведение терапии сердечной недостаточности.

Комбинированный митрально-аортальный порок характеризуется поражением двух клапанов, нередко с преимущественным стенозом или недостаточностью одного из них. Чаще всего имеется сочетание митрального порока с преобладанием стеноза отверстия с недостаточностью клапана аорты. При этом наряду с признаками митрального стеноза отмечается диастолический шум в точке Боткина, однако он менее интенсивен, чем при изолированной недостаточности клапана аорты. При сочетании митрального стеноза с аортальным стенозом признаки последнего выражены более умеренно из-за сниженного наполнения левого желудочка. При выраженной недостаточности

клапана аорты диагностика митрального стеноза может быть затруднена, так как пресистолический шум на верхушке наблюдается и при изолированной аортальной недостаточности (шум Флинта). Диагностическое значение при этом приобретают обнаружение тона открытия митрального клапана и рентгенологические признаки митрального стеноза.

Митрально-трикуспидальный и митрально-аортально-трикуспидальный пороки обнаруживаются на основании описанных выше признаков, характерных для каждого из них. О многоклапанном поражении следует думать при длительном активном течении ревмокардита.

Сочетание митрального стеноза с недостаточностью двустворчатого клапана — самый частый порок сердца. Всегда следует стремиться уточнить наличие преобладания того или другого порока. При преобладании стеноза обычно сохраняется хлопающий I тон, при преобладании недостаточности он ослабевает. При этом пороке может увеличиваться как левый желудочек за счет недостаточности клапана, так и правый, что более свойственно митральному стенозу. Выслушиваются обычно как систолический, так и диастолический шумы. Уточнению диагностики помогают тщательное рентгеновское исследование, а также эхокардиография. Принимая во внимание развитие кардиохирургии и возможность устранения комбинированных и сочетанных пороков сердца, для уточнения показаний к операции больным показаны кардиоангиография и зондирование сердца.

ПОРФИРИНОВАЯ БОЛЕЗНЬ — наследственное или реже приобретенное нарушение метаболизма порфирина (биохимический предшественник гема — составной части гемоглобина). При этом происходит усиленное образование и накопление в организме порфобилиногена и порфирина. По клиническим признакам выделяют две формы болезни: острую интермиттирующую порфирию и позднюю кожную порфирию.

Острая интермиттирующая порфирия возникает в результате избыточной продукции аминолевулиновой кислоты и порфобилиногена, которые накапливаются в печени. Заболевание проявляется чаще в возрасте 20—40 лет. У больных возникают коликообразные боли в животе, сопровождающиеся рвотой, поносом или запором. Приступ сопровождается лейкоцитозом и может вызвать подозрение о наличии острого живота, в связи с чем таких больных иногда оперируют. Характерны неврологические нарушения типа арефлексии, с мышечными болями, нарушением чувствительности, судорожными приступами и даже параличом дыхания. Могут быть нарушения психики вплоть до галлюцинаций, психозов и т. д. Иногда развиваются артериальная гипертония, тахикардия и лихорадка. Моча обычно бесцветна, однако после пребывания на солнце она может приобрести красный или черный цвет; содержит большое количество порфобилиногена и копропорфиринов. Возможно нарушение углеводного обмена по типу легкого диабета. Обследование родственников больного позволяет выявить лиц с нарушением порфиринового обмена без клинических признаков болезни. Обострения болезни могут быть спровоцированы приемом различных лекарств, в том числе гормональных препаратов.

Лечение. Показана диета, содержащая большое количество белка и углеводов. При болях вводят промедол, в качестве успокаивающего — хлоралгидрат. Рекомендуют также применение резерпина в средних дозах. Следует избегать применения барбитуратов, употребления алкоголя и других токсических агентов.

Поздняя кожная порфирия чаще развивается у мужчин, особенно злоупотребляющих алкоголем. Обусловлена избыточной продукцией печенью уропорфирина. Клинически наиболее характерны повышенная чувствительность к свету, гирсутизм, усиленная пигментация участков кожи, подвергающихся действию солнечных лучей. Абдоминальные и неврологические нарушения, характерные для острой порфирии, могут быть выражены незначительно. С мочой выделяется увеличенное количество уропорфирина.

Лечение включает повторные кровопускания до 300—400 мл крови с интервалом $1^1/_2$—2 нед до некоторого снижения уровня гемоглобина и сывороточного железа.

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА — приступ резких болей в пояснице с отдачей вниз (в пах и в ногу) — является одним из важных симптомов мочекаменной болезни (см.), инфаркта почки, острой закупорки мочевыводящих путей.

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА проявляется избыточным движением створок митрального клапана в полость левого предсердия во время систолы. Это приводит к отсутствию смыкания створок и к недостаточности митрального клапана. Пролапс створок митрального клапана может возникать при дисфункции папиллярных мышц, удлинении хорд. Этот синдром возникает при некоторых врожденных аномалиях (синдром Марфана), а также при ишемической болезни сердца. При аускультации сердца у больных определяется дополнительный тон (щелчок) в середине систолы и следующий за ним поздний систолический шум. Иногда щелчок может отсутствовать и определяется ослабление I тона у верхушки. Митральная регургитация при этом относительно невелика, и размеры сердца могут не увеличиваться. Пролапс створок митрального клапана может быть заподозрен по характерной аускультативной картине. Диагноз подтверждается при эхокардиографическом исследовании.

Лечение зависит от характера основного заболевания.

ПУРПУРА ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ (болезнь Верльгофа) см. *Геморрагические диатезы.*

РВОТА — непроизвольные толчкообразные выбрасывания желудочного содержимого через рот. Этот акт регулируется специальным рвотным центром, который координирует согласованное сокращение мускулатуры привратника, желудка, а также движение дыха-

тельных мышц и брюшного пресса. Рвота может возникать рефлекторно при раздражении таких зон, как корень языка, мягкое небо, слизистая оболочка желудка, желчного пузыря и т. д. при различных заболеваниях этих органов. Обильная рвота пищей, съеденной накануне, типична для стеноза привратника при опухоли или язвенной болезни. Возможна также и центральная рвота, которая наблюдается при повышенном внутричерепном давлении, различных интоксикациях (передозировка препаратов наперстянки, токсикоз беременности, уремия). Рвота легко возникает у детей, а также у больных неврастенией в связи с повышенной возбудимостью у них рвотного центра. Чтобы намеренно вызвать рвоту (например, при некоторых интоксикациях), используют введение апоморфина (0,5 мл 1 % раствора подкожно).

РЕВМАТИЗМ — заболевание воспалительного характера, связанное со стрептококковой инфекцией. Проявляется прежде всего поражением сердца с образованием пороков, суставов, реже — нервной системы и других внутренних органов. Болезнь протекает с обострениями, которым обычно за 1—2 нед предшествует ангина или фарингит. Возникновение ревматизма связывают с бета-гемолитическим стрептококком группы А. В патогенезе ревматизма существенное значение придается также аллергии и аутоаллергическим механизмам.

Симптомы. В типичных случаях через 1—2 нед после перенесенной ангины развиваются лихорадка (38—39 °С), острый полиартрит. Больной жалуется на сильные боли в суставах, слабость, потерю аппетита. Однако могут быть и лишь умеренно выраженные артралгии. Основной синдром при ревматизме быстро подвергается обратному развитию при лечении, хотя иногда наблюдаются повторные летучие боли в суставах. У некоторых больных обострение ревматизма может сопровождаться поражением нервной системы с развитием малой хореи или осложняться ревматическим плевритом, поражением легких, почек, глаз и других органов.

Наиболее частым и характерным проявлением ревматизма служит поражение сердца — ревмокардит, который может быть первичным и возвратным (при наличии сформировавшегося порока сердца). В процесс могут вовлекаться любые оболочки сердца, но наиболее часто миокард. Иногда первичный ревмокардит протекает без выраженных клинических проявлений и диагностируется значительно позже по наличию сформировавшегося порока сердца.

Клинические проявления ревматического миокардита сильно варьируют. Характерны нарушения проводимости, в первую очередь предсердно-желудочковые с удлинением интервала Р — Q на ЭКГ. Нередко возникают упорные аритмии — экстрасистолия, тахи- или брадикардия. Для диффузного миокардита, который в настоящее время встречается при ревматизме относительно редко, характерны сердечная недостаточность и выраженные изменения ЭКГ. Иногда рано начинает выслушиваться систолический шум, который чаще имеет миогенное происхождение. Симптомы эндокардита в период активности маскируются проявлениями миокардита, однако появление диастолического шума весьма подозрительно на поражение эндокарда. Эндокардит надежно диагностируется при наличии сформировавшегося порока сердца.

Ревматический перикардит часто протекает почти бессимптомно и распознается только при частом выслушивании сердца по шуму трения перикарда, который может выслушиваться лишь несколько дней.

Возвратный ревмокардит, как и первичный, может протекать разнообразно, иногда без выраженных клинических и лабораторных проявлений. О наличии миокардита можно думать в связи с появлением или усилением признаков сердечной недостаточности у больного, страдающего пороком сердца. Возможно появление мерцательной аритмии или частой экстрасистолии. Возвратный эндокардит может привести к изменению картины порока, присоединению поражения аортального клапана на фоне имевшегося митрального порока. Изменения лабораторных показателей в период обострения ревматизма имеют важное значение для диагноза и контроля за эффективностью лечения. Находят лейкоцитоз с увеличением числа палочкоядерных нейтрофилов, увеличение СОЭ, положительную пробу на С-реактивный белок, увеличение содержания в крови антистрептолизина О и антистрептогиалуронидазы, а также фракций гамма-глобулинов.

Течение ревматизма весьма разнообразно. За последние годы редко встречаются выраженные обострения, протекающие с лихорадкой, полиартритом, диффузным миокардитом, узловатой эритемой. Значительно чаще наблюдается ревматизм с латентным течением: нерезко выраженными признаками миокардита, проявляющегося, например, упорной экстрасистолией, небольшими сдвигами лабораторных показателей. Наблюдают также непрерывно рецидивирующую форму ревмокардита, которая сопровождается довольно упорным течением сердечной недостаточности.

Дифференциальный диагноз ревмокардита проводят с поражением миокарда другого происхождения, в частности с затяжным септическим эндокардитом, тонзиллогенным поражением сердца. Ревматический полиартрит требует разграничения от ревматоидного артрита, подагры и других острых артритов.

Лечение при наличии атаки ревматизма проводят в стационаре. Вначале назначают полупостельный режим (при более тяжелом течении постельный), который постепенно расширяют. Противовоспалительную терапию проводят ацетилсалициловой кислотой по 4—6 г, амидопирином по 2—3 г, бутадионом по 0,45 г в день, индометацином, бруфеном. Терапевтическую дозу каждого препарата необходимо давать до исчезновения острых явлений, нормализации температуры и показателей крови. При наличии выраженного обострения ревматического процесса с яркими воспалительными проявлениями назначают кортикостероид-

ды (преднизолон, дексаметазон). Однако следует учитывать возможность различных побочных явлений при лечении этими препаратами. В начале лечения назначают также антибиотики (пенициллин до 1 000 000 ЕД/сут в течение 10—12 дней). Своевременное и настойчивое лечение указанными препаратами позволяет предотвратить прогрессирование болезни.

Профилактика ревматизма и его обострений заключается прежде всего в повышении защитных сил организма (занятия физкультурой и спортом, закаливание и т. д.). Необходимо улучшение жилищных условий больных, уменьшение скученности, что предупреждает распространение стрептококковой инфекции. Следует проводить тщательное адекватное лечение ангин и других обострений очаговой инфекции в носоглоточной области с достаточно длительным применением антибактериальных средств. Широко применяется круглогодичная медикаментозная профилактика обострений ревматизма. При этом больному вводят 1 раз в месяц в/м 1 500 000 ЕД бициллина-5.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ — хроническое воспалительное заболевание с поражением суставов и прогрессирующей их деформацией, иногда изменением других органов. Чаще встречается у женщин. При заболевании обнаруживают ряд аутоиммунных нарушений, в частности так называемый ревматоидный фактор. Изменения реактивности организма при ревматоидном артрите могут быть обусловлены различными факторами, в частности переохлаждением, психической или физической травмой, инфекцией, однако последняя обычно не имеет существенного значения в развитии болезни.

Симптомы. Иногда наблюдаются лишь небольшие изменения в суставах с легким воспалением и умеренной деформацией, без существенного прогрессирования. В других случаях имеют место повторные затяжные обострения болезни, которые могут начаться с поражения одного сустава, но быстро приводят к деформации многих суставов. Характерно поражение мелких суставов конечностей с утолщением проксимально-межфаланговых сочленений, лучезапястных суставов, анкилозом и типичным ульнарным отклонением кисти, вовлечением других суставов конечностей, позвоночника, челюстных. В период обострения определяют припухлость, покраснение суставов, болезненность их при движении и пальпации. Иногда болезнь прогрессирует без выраженных обострений с нарастающей постепенно деформацией суставов. Важный симптом болезни — чувство утренней скованности в суставах. Постепенно в связи с нарушением движений возникает атрофия мышц. При рентгенологическом исследовании вначале имеется небольшое разрежение костной ткани, в дальнейшем возникают сужение межсуставных щелей, подвывихи, выраженный остеопороз.

Иногда, особенно у более молодых лиц, отмечается системность поражения: помимо артрита, наблюдают увеличение лимфатических узлов, селезенки, печени, изменения в почках (развитие нефрита или амилоидоза), серозиты (плеврит, перикардит). Возможно поражение сердца с развитием недостаточности митрального или аортального клапана.

Воспалительный процесс при ревматоидном артрите характеризуется лихорадкой, увеличением СОЭ, лейкоцитозом, сдвигами белковых фракций. Диагностическое значение имеет определение так называемого ревматоидного фактора (положительная реакция Ваалера — Розе, латекс-тест, дерматоловая проба). Динамика этих показателей имеет значение и для оценки эффективности лечения.

Болезнь может продолжаться годами и десятилетиями, приводя иногда к обездвижению больного. Прогноз существенно ухудшается при амилоидозе почек, который может привести к развитию хронической почечной недостаточности.

Лечение. При обострении болезни назначают бутадион по 0,15 г 3—4 раза в день, ацетилсалициловую кислоту по 1 г 3—4 раза в день. Вместо бутадиона можно применять индометацин по 0,025 г 3—6 раз в день. При выраженных признаках воспаления и поражении внутренних органов показан преднизолон (15—20 мг/сут), в тяжелых случаях — в сочетании с иммунодепрессантами (азатиоприн, циклофосфамид 100—150 мг/сут). Вне обострения необходимы лечебная гимнастика, физиотерапевтическое лечение, массаж, курортное лечение (Цхалтубо, Мацеста).

Для предупреждения обострения болезни назначают хинолиновые препараты (резохин, делагил по 0,25 г 1 раз в день). Через $1^1/_2$—2 мес делают перерыв в лечении на 10—14 дней во избежание осложнений со стороны глаз (помутнение роговицы). При выраженном поражении одного — двух крупных суставов показано внутрисуставное введение гидрокортизона (50—100 мг). При возникновении анкилозов возможно оперативное лечение.

Для профилактики болезни некоторое значение имеет своевременное лечение хронических очагов инфекции (например, кариозных зубов).

РЕВМОКАРДИТ см. *Ревматизм.*

РЕЙНО-СИНДРОМ — приступообразные нарушения артериального кровоснабжения кистей или стоп, возникающие чаще под воздействием холода. При этом больной отмечает онемение, похолодание пальцев рук, которые становятся бледными, цианотичными, холодными. Поражаются преимущественно III—V пальцы кистей, реже другие участки тела (нос, подбородок). В поздней стадии болезни могут быть изъязвления на кончиках пальцев, вплоть до гангрены. Болеют в основном женщины. Синдром Рейно может быть проявлением других болезней (например, системной склеродермии, заболеваний нервной системы, поражения шейного отдела позвоночника и т. д.).

Лечение. Применяют спазмолитические средства (папаверин), никотиновую кислоту, калликреин-депо.

РЕЙТЕРА СИНДРОМ характеризуется развитием уретрита, артрита и конъюнктиви-

та. Болеют преимущественно мужчины молодого возраста. Болезнь связывают с иммунными нарушениями при наличии генетической предрасположенности к ним.

Симптомы артрита, уретрита и конъюнктивита могут возникать одновременно, сопровождаться повышением температуры, однако иногда уретрит и поражение глаз могут опережать развитие артрита. Уретрит протекает с явлениями дизурии, дискомфортом при мочеиспускании, иногда его выявляют при исследовании мочи, в которой увеличено содержание лейкоцитов. Возможен баланит с эрозией слизистой оболочки. Поражение глаз характеризуется двусторонним легким конъюнктивитом, реже иритом или иридоциклитом. Течение полиартрита широко варьирует от незначительно выраженного до затяжного рецидивирующего, сопровождающегося остеопорозом и развитием остеофитов в области пяточных костей. Иногда отмечаются стоматит, поражение других органов (аортит с развитием недостаточности аортального клапана, полиневрит, менингоэнцефалит).

Лечение. Применяют противовоспалительные средства, используемые при лечении ревматоидного артрита. Кортикостероидные препараты не показаны.

САРКОИДОЗ (болезнь Бенье — Бека — Шауманна) — характеризуется появлением своеобразных гранулем (состоящих из эпителиоидных клеток), локализующихся чаще всего в легких и их лимфатических узлах, печени, сердце и других органах. Этиология болезни неизвестна.

Симптомы. Проявления болезни зависят от степени и места поражения. Болезнь часто начинается постепенно. Первыми симптомами могут быть лихорадка, похудание, боли в суставах. Лихорадка особенно выражена при значительном гранулематозе в печени. Наиболее характерно поражение медиастинальных и периферических лимфатических узлов, легких и кожи. Увеличение лимфатических узлов средостения часто обнаруживают случайно при рентгенологическом исследовании, но оно может сочетаться с поражением легких, которое проявляется одышкой, кашлем, наличием влажных хрипов. При рентгенологическом исследовании в легких обнаруживают множественные мелкие тени, напоминающие туберкулез. Позже развивается пневмофиброз с явлениями дыхательной недостаточности. Наблюдаются различные поражения кожи, в частности узловатая эритема. Сердечная патология проявляется чаще всего нарушениями проводимости, вплоть до полной поперечной блокады. Отмечают также изменения в глазах, нервной системе, в скелетных мышцах. При исследовании крови находят умеренную анемию, гипергаммаглобулинемию, увеличение СОЭ и содержания кальция. Наиболее сложен дифференциальный диагноз саркоидоза и туберкулеза. При этом имеет значение проведение туберкулиновых проб, поиск микобактерий туберкулеза в мокроте. Для подтверждения диагноза саркоидоза важно морфологическое исследование биопсированной ткани лимфатического узла или печени.

Лечение при обострении и прогрессирующем течении болезни проводят стероидными гормонами и симптоматическими средствами.

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

возникает в результате ослабления сократительной функции миокарда. Она может быть следствием многих заболеваний сердца, сопровождающихся длительной перегрузкой сердечной мышцы с ее гипертрофией и последующим переутомлением (пороки сердца, легочное сердце), нарушением кровоснабжения сердечной мышцы (атеросклероз коронарных сосудов, инфаркт миокарда), а также инфекционных, токсических, метаболических воздействий на миокард, приводящих к его повреждению. Тяжелой сердечной недостаточностью может сопровождаться констриктивный и выпотной перикардит. При этом возникают условия, приводящие как к нарушению кровенаполнения сердечных камер, так и к снижению сердечного выброса. В основе клинических проявлений сердечной недостаточности лежит уменьшение ударного объема сердца, а также переполнение, застой крови в сосудах, доставляющих кровь к сердцу. Сердечная недостаточность может быть острой и хронической, протекать с застоем крови преимущественно в малом или в большом круге кровообращения. Клинические проявления сердечной недостаточности возникают, как правило, у больных с несомненными признаками поражения сердца, которые могут протекать более или менее длительно.

Левожелудочковая недостаточность приводит к застою крови в легких. В связи с этим наиболее характерная жалоба у больных — одышка. Первоначально она появляется при некотором физическом напряжении, постепенно усиливается и начинает возникать в покое. При этом больные испытывают чувство недостатка воздуха, затруднение дыхания. Объективно отмечают учащение и усиление дыхания. Больные принимают положение в постели с приподнятым изголовьем, что способствует уменьшению притока крови к легким и уменьшает одышку. Часто больные отмечают также кашель, иногда с выделением небольшого количества мокроты, реже кровохарканье. Объективно у больных обнаруживают признаки патологических изменений в самом сердце с преимущественным поражением левого желудочка, который может быть увеличен и гипертрофирован. При выслушивании сердца иногда отмечают так называемый ритм галопа — характерный трехчленный ритм, связанный с быстрым кровенаполнением левого желудочка в период диастолы и снижением его растяжимости. Ритм галопа появляется всегда на фоне значительной тахикардии. При этом пальпаторно может быть определена различная величина отдельных пульсовых ударов — так называемый альтернирующий пульс. Весьма характерны признаки застоя крови в легких: учащение дыхания, появление влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов, особенно в нижних отделах легких. Признаки застоя в легких могут быть определены также рентгенологическим путем и при исследовании функции внешнего дыхания (уменьшение жизнен-

ной емкости легких). Наряду с хроническим застоем крови в легких левожелудочковая недостаточность может возникать остро. При этом развиваются такие синдромы, как сердечная астма (см.), отек легких (см.), характеризующиеся резким нарастанием одышки с положением ортопноэ и другими симптомами.

Изолированная **правожелудочковая недостаточность** относительно редка. Обычно она является следствием легочного сердца. Чаще правожелудочковая недостаточность присоединяется к левожелудочковой недостаточности, и симптомы их могут наблюдаться одновременно. Больные отмечают сильную общую слабость, сочетающуюся с ухудшением аппетита, похуданием. Наблюдается цианоз кончиков ушей, носа, щек, а также слизистых оболочек. Характерно застойное увеличение печени, которое представляет собой классическое проявление недостаточности правого желудочка. Печень может быть болезненной при пальпации, край ее закруглен, иногда это сопровождается ощущением постоянной тяжести в правом подреберье. Увеличение селезенки наблюдается очень редко. Возможен асцит с увеличением объема живота. При длительном застое в печени возникает нарушение ее функции с повышением в крови содержания билирубина, небольшой желтушностью кожи и слизистых оболочек. Одновременно с увеличением печени расширяются периферические вены, особенно заметные на шее. Характерный признак застоя в большом круге кровообращения — отеки. Они появляются в первую очередь на стопах и голенях. Если больные соблюдают преимущественно постельный режим, отеки следует искать на пояснице. На лице, шее отеков обычно не бывает. Задерживающаяся в организме жидкость скапливается также в плевральных полостях и перикарде. Все эти изменения появляются позже, чем увеличивается печень. Застойные изменения могут возникать и в других органах, в частности в почках, сопровождаясь олигурией, небольшой протеинурией, увеличением относительной плотности мочи. Правожелудочковая недостаточность в редких случаях возникает остро (например, при остром миокардите). При этом острый застой в печени с ее быстрым и значительным увеличением может даже вызвать подозрение о ее самостоятельном заболевании. Острая правожелудочковая недостаточность может быть также при тромбоэмболии легких, однако при этом чаще доминируют симптомы самой тромбоэмболии.

Лечение сердечной недостаточности зависит от характера основного заболевания, а также тяжести ее проявления. В любом случае требуется ограничение физической активности, а при выраженной недостаточности — временное соблюдение постельного режима. Ограничивают прием поваренной соли до 4—5 г/сут и жидкости до 800—1000 мл/сут. Для улучшения сократительной способности миокарда назначают сердечные гликозиды в/в (0,5—1 мл 0,05 % раствора строфантина или 0,5—1 мл коргликона). При наличии умеренно выраженных признаков сердечной недостаточности (в основном одышка при физическом напряжении, умеренная тахикардия) лечение можно начинать с приема сердечных гликозидов внутрь (изоланид, дигоксин или настой адониса). Эти же препараты можно назначать при улучшении состояния больного под влиянием внутривенного введения сердечных гликозидов и переводе его на поддерживающую дозу их. Поддерживающая суточная доза дигоксина 0,5 мг, изоланида 1 мг.

Больным показано также назначение мочегонных средств (фуросемид, урегит, гипотиазид) для выведения избытка жидкости. Диуретики принимают обычно утром натощак, начиная с одной таблетки. Доза и частота введения мочегонных средств зависят от тяжести сердечной недостаточности и количества выводимой жидкости. Обычно с течением времени для достижения диуретического эффекта требуется увеличение дозы мочегонных (например, фуросемида до 80—160 мг и более в сутки). Целесообразна кислородотерапия.

При острой правожелудочковой недостаточности, помимо лечения основного заболевания, необходимо также введение строфантина и мочегонных средств (строфантин желательно вводить в сочетании с эуфиллином). Лечение острой левожелудочковой недостаточности см. *Астма сердечная, отек легких.* Больным хронической сердечной недостаточностью показана постоянная поддерживающая терапия сердечными гликозидами и мочегонными. Доза этих препаратов подбирается индивидуально врачом в процессе динамического наблюдения за больными. При этом следует помнить о возможности побочного действия этих препаратов. Под влиянием гликозидов, прежде всего дигоксина, могут возникнуть диспепсические явления (тошнота, рвота), нарушения предсердно-желудочковой проводимости и другие изменения ЭКГ. При длительном приеме мочегонных средств иногда нарушается электролитный обмен (в частности, снижается содержание калия в сыворотке крови). В связи с этим больным показано периодическое назначение хлорида калия 3—4 г/сут, употребление в пищу продуктов, богатых калием (чернослив, курага, урюк и др.). Чтобы предупредить эти нарушения, одновременно с мочегонными средствами применяют верошпирон или триамтерен, которые наряду с мочегонным действием способствуют задержке калия в организме.

Профилактика. Соблюдение рационального режима труда и отдыха, диеты с ограничением соли. Курортное лечение в специализированных кардиологических санаториях.

СИЛИКОЗ см. *Пневмокониозы.*

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА — заболевание соединительной ткани, проявляющееся поражением ряда органов и систем. Болезнь возникает в результате нарушения иммунологических процессов в организме. Болеют преимущественно молодые женщины.

Симптомы. Болезнь может протекать с обострениями и длительными ремиссиями, а иногда хронически. При остром течении

наблюдаются повышение температуры, боли в суставах (иногда и острый полиартрит, как правило, не приводящий к деформации суставов). Изменения на коже весьма разнообразны. В половине случаев появляется характерная эритема на щеках и крыльях носа в виде «бабочки». Нередко поражаются серозные оболочки с развитием сухого или выпотного плеврита, перикардита. Поражение миокарда обычно бывает весьма умеренным, проявляется в основном электрокардиографическими признаками. Однако возможно развитие тяжелой сердечной недостаточности. Эндокардит (Либмана — Сакса) диагностируется в основном по динамике аускультативных признаков (появление грубого систолического, реже диастолического шума). Лишь в отдельных случаях развивается порок сердца (недостаточность митрального клапана). Иногда в процесс вовлекаются печень, селезенка, лимфатические узлы, ЦНС. Часто находят изменения почек, проявляющиеся протеинурией, нефротическим синдромом, повышением АД. Прогрессирование поражения почек часто приводит к хронической уремии.

При хроническом течении болезнь может развиваться постепенно, без лихорадки, иногда с изолированным поражением какого-либо органа, например суставов, кожи, почек и т. д. При исследовании крови находят лейкопению, повышение СОЭ, наклонность к анемии. Диагностическое значение имеет обнаружение так называемых волчаночных клеток (ядра разрушенных лейкоцитов, фагоцитированные другими лейкоцитами).

Л е ч е н и е. При обострении болезни назначают преднизолон в дозе, зависящей от остроты процесса и тяжести поражения внутренних органов. При волчаночном нефрите к терапии добавляют цитостатические средства (азатиоприн). При уменьшении признаков активности болезни дозы этих лекарств уменьшают, назначают резохин (делагил) 0,25 г в день.

П р о ф и л а к т и к а. Следует избегать неоправданного приема лекарств, проведения вакцинации, различных физических воздействий (инсоляция, переохлаждение), а также физического и нервного перенапряжения.

СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ — хроническое системное заболевание с прогрессирующими фиброзно-склеротическими изменениями кожи и ряда внутренних органов (легкие, желудочно-кишечный тракт, пищевод, сердце). В развитии болезни придают значение нарушениям со стороны мелких сосудов и возможным иммунным расстройствам. Болеют преимущественно женщины.

С и м п т о м ы. Болезнь протекает хронически с постепенным медленным прогрессированием. Началу болезни нередко предшествует синдром Рейно (побеление, онемение пальцев рук, особенно под влиянием холода). Поражение кожи вначале проявляется отеком, а затем ее постепенным уплотнением, иногда с гиперпигментацией, затем возникает атрофия сначала в виде участков, а затем более распространенная. Лицо приобретает характерный маскообразный вид с появлением сходящихся складок («кисет») вокруг рта. Иногда наблюдаются атрофия кожи и клетчатки на пальцах рук, остеолиз концевых фаланг пальцев, а также изменения других костей. Характерны похудание, субфебрилитет, боли в мышцах. Прогрессирование изменений кожи и подкожной клетчатки может привести к кахексии с полным обездвижением больного. Поражение пищеварительного тракта иногда начинается с нарушения глотания (изменения пищевода в его верхнем отделе). Патология пищевода более отчетливо видна при рентгенологическом исследовании. Характерны изменения в легких по типу прогрессирующего пневмосклероза. Поражение сердца проявляется прежде всего изменениями на ЭКГ (нарушения ритма, проводимости). Лишь в терминальной стадии могут появиться признаки сердечной недостаточности. В крови может наблюдаться увеличение СОЭ.

Л е ч е н и е при обострении болезни, протекающей с отчетливыми воспалительными проявлениями в различных внутренних органах, состоит в применении небольших доз преднизолона. При выраженных сосудистых расстройствах (синдром Рейно) показаны сосудорасширяющие средства, ангиотрофин, никотиновая кислота, трентал. Применяют также инъекции лидазы, физиотерапевтическое лечение.

СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ОСТРАЯ — клинический синдром, развивающийся при резком уменьшении объема циркулирующей крови, притока ее к сердцу и кровоснабжения жизненно важных органов. Проявляется в форме обморока, коллапса и шока.

Обморок — наиболее легкая и быстро проходящая форма острой сосудистой недостаточности. Наблюдается у практически здоровых людей после длительного пребывания в душном помещении, при виде крови, переутомлении, а также после кровопотери и при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. В развитии обморока играет роль нарушение нервно-рефлекторной регуляции сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровоснабжения. Обморок проявляется внезапной слабостью, ощущением дурноты, тошноты, головокружением, потемнением в глазах и быстрой потерей сознания. Пульс слабого наполнения, редкий, АД низкое, больной бледен. Мышцы обычно расслаблены, судорог не бывает. Это состояние продолжается несколько минут, после чего обычно проходит самостоятельно.

Больного необходимо уложить с опущенным изголовьем, чтобы улучшить приток крови к мозгу. Дают понюхать нашатырный спирт, брызгают на лицо холодной водой. В качестве тонизирующих средств можно ввести под кожу кордиамин или кофеин.

Выраженная сосудистая недостаточность проявляется синдромом коллапса и шока. Она может возникнуть при острых инфекционных болезнях (например, при крупозной пневмонии), массивных кровотечениях, инфаркте миокарда, тяжелой аллергической реакции с развитием анафилактического шока, ожогах и других острых заболеваниях, протекающих с

резкой болью (например, травмах), различных тяжелых интоксикациях. Решающее значение в развитии тяжелой сосудистой недостаточности имеет уменьшение объема циркулирующей крови.

Клинические проявления коллапса и шока часто связаны с симптомами основного заболевания, вызвавшего сосудистую недостаточность. Однако возможно развитие коллапса первично, без видимых причин его. Чаще это имеет место при скрытой массивной кровопотере, безболевом течении инфаркта миокарда, некоторых интоксикациях. Больной обычно в сознании, однако вял, несколько заторможен. Жалуется на общую слабость, бледен, лежит в постели с опущенным изголовьем, черты лица заостряются, температура тела падает. Иногда больные теряют сознание. Наиболее характерно понижение АД до 10,7/5,33 кПа (80/40 мм рт. ст.) и ниже, имеется обычно тахикардия. При крайней тяжести состояния больного АД может не определяться. Общий вид больного и регулярное измерение у него АД позволяют оценить тяжесть сосудистой недостаточности и ее устранение при проведении лечения. Острая сосудистая недостаточность при указанных тяжелых заболеваниях угрожает жизни больного. Продолжительность сосудистой недостаточности может быть различной. Анафилактический шок при введении различных аллергенов, например медикаментов, может продолжаться от нескольких минут до суток и более, что зависит от количества введенного аллергена. При этом шок возникает в результате увеличения сосудистой проницаемости и выхода значительной части крови из кровеносного русла в ткани. Травматический шок имеет так называемую эректильную фазу, при которой больной возбужден, часто страдает от боли, при этом АД может быть повышено. Несколько позже возникают явления сосудистой недостаточности, описанные выше. При инфаркте миокарда сосудистая недостаточность может сочетаться с сердечной недостаточностью и застоем в малом круге кровообращения.

О травматическом, ожоговом послеоперационном шоке см. главу «Хирургические болезни».

Кардиогенный шок описан в разделе «Инфаркт миокарда».

Лечение сосудистой недостаточности тесно связано с терапией основного заболевания. Важно ликвидировать боль введением наркотиков: морфина, пантопона. Необходимо придать больному горизонтальное положение, согреть его с помощью грелок. Медикаментозное лечение начинают с введения тонизирующих, возбуждающих средств под кожу (кордиамин, мезатон, сульфокамфокаин). При недостаточном эффекте этих препаратов вводят капельно в/в 1—2 мл 0,2 % раствора норадреналина в растворе глюкозы или изотоническом растворе хлорида натрия (150—200 мл). Весьма эффективно внутривенное капельное введение гидрокортизона (100—200 мг и более в зависимости от тяжести сосудистой недостаточности). Важное значение имеет также внутривенное введение кровезаменителей (полиглюкин, плазма крови и др.), которые увеличивают объем циркулирующей жидкости.

СТЕНОКАРДИЯ (грудная жаба) — клинический синдром, обусловленный кратковременной недостаточностью коронарного кровообращения, провоцируется чаще физическим напряжением и устраняется в покое или после приема нитроглицерина. Обычно стенокардия возникает при наличии атеросклероза коронарных сосудов сердца, значительно реже при функциональных нарушениях коронарных сосудов или органическом поражении сердца другой природы (например, аортальных пороках сердца). Недостаточность кровоснабжения миокарда при стенокардии может быть относительной и обусловлена повышением потребности мышцы сердца при физических усилиях, эмоциональной нагрузке. В развитии приступа стенокардии может также играть роль спазм сосудов сердца.

Симптомы. Приступ боли при стенокардии обычно бывает относительно кратковременным — 3—5 мин. Боль локализуется чаще за грудиной, имеет характер сжимающий, давящий, иногда бывает чувство жжения. Боль может сопровождаться чувством страха. Типична иррадиация боли в левое плечо, левую руку или лопатку, реже в нижнюю челюсть. Сначала приступы боли обычно возникают при физическом напряжении или волнении, позже они могут появляться и в покое. После приема нитроглицерина боль проходит через $1\,^1/_2$—2 мин, иногда боль может продолжаться более длительно — до 15—30 мин. Изредка боль при коронарной недостаточности локализуется только в зоне иррадиации, включая левое плечо, а также в подложечной области и в правой половине грудной клетки. Учащение приступов стенокардии чревато переходом в состояние инфаркта миокарда. Приступы сопровождаются иногда учащением или замедлением пульса. При электрокардиографическом исследовании в период болевых приступов находят признаки нарушения коронарного кровообращения: снижение сегмента ST и его уплощение, двухфазный или отрицательный зубец *T*. ЭКГ может быть измененной и во внеприступном периоде, иногда она остается нормальной, несмотря на имеющиеся типичные приступы стенокардии.

Стенокардию необходимо отличать от болей в области сердца другого происхождения. Эти боли обозначают термином «кардиалгии». Они могут наблюдаться при других заболеваниях сердца (например, пороках, аортитах и др.), при невротических реакциях, шейном остеохондрозе, межреберной невралгии. В этих случаях боль может продолжаться в течение многих часов и дней, иногда бывает молниеносной, прокалывающей, локализуясь обычно в области верхушки сердца. Прием нитроглицерина не снимает боль и улучшение чаще наступает под влиянием седативных и обезболивающих средств. Установлению правильного диагноза может помочь определение болевых точек при ощупывании по ходу межреберных нервов при невралгии. Приступы стенокардии могут периодически учащаться, а иногда прекращаются на длительный срок.

Лечение. Во время приступа больному необходим покой. При боли следует как можно быстрее принять таблетку нитроглицерина под язык. Можно принять валидол, который, однако, менее эффективен. При учащении приступов стенокардии назначают нитраты пролонгированного действия — сустак, нитропентон, нитронг по 1 таблетке 2—3 раза в день. Если стенокардия протекает без тенденции к брадикардии, гипотонии, показано применение блокаторов бета-рецепторов адренергической системы: анаприлина (индерал, обзидан), тразикора, которые назначают по 20—40 мг 2—3 раза в день. Эти препараты следует применять с осторожностью при наличии признаков сердечной недостаточности. Кроме того, при учащении приступов стенокардии применяют верапамил (изоптин) по 0,04 г 2—4 раза в день, карбокромен (интенсаин) по 1 таблетке 2—4 раза в день, дипиридамол (курантил, персантин) по 1 таблетке 3 раза в день. При резком учащении приступов стенокардии для предупреждения инфаркта миокарда проводят иногда курс лечения гепарином под контролем свертываемости крови. Больным стенокардией целесообразно периодически проводить курсы лечения атеросклероза (см.), а также назначать седативные средства (диазепам, хлордиазепоксид, валериана).

Профилактика стенокардии заключается в отказе от курения, большой физической нагрузки, в снижении массы тела. При упорном затяжном течении болезни иногда может быть проведено оперативное вмешательство (аорто-коронарное шунтирование). Для оценки показаний к нему предварительно проводят коронарографию. При этом достигается визуализация коронарных сосудов и локализации участков сужения их просвета.

СТИЛЛА СИНДРОМ — вариант ювенильного (детского) ревматоидного артрита, протекающий с поражением некоторых внутренних органов.

Симптомы. Болезнь характеризуется появлением лихорадки, резистентной к антибиотикам и податливой к салицилатам, позже возникает артрит с поражением и крупных суставов. Одновременно отмечаются увеличение печени, селезенки, лимфаденопатия, изменения на коже, лейкоцитоз. Реже встречается поражение серозных оболочек (плеврит, перикардит). Иногда висцеральные поражения выступают в клинической картине на передний план, тогда как суставные изменения выражены весьма умеренно. Лабораторные изменения неспецифичны. Помимо лейкоцитоза, отмечается повышение СОЭ, реже имеется умеренная анемия. Ревматоидный фактор выявляется лишь у 15 % больных, как правило, в небольших титрах. По мере прогрессирования суставных изменений частота обнаружения ревматоидного фактора увеличивается.

Лечение. Основное значение имеют противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, индометацин, бруфен). Эти препараты при необходимости (упорное течение суставного синдрома) необходимо принимать в течение длительного срока. Лишь при выраженных внесуставных проявлениях болезни и тяжелом течении артрита применяют кортикостероидные препараты (преднизолон). Необходима ежедневная лечебная гимнастика, направленная на предупреждение ограничения функции суставов.

СЫВОРОТОЧНАЯ БОЛЕЗНЬ — аллергическое заболевание, развивающееся в отдельных случаях вследствие введения сыворотки с лечебной или профилактической целью. В основе заболевания лежат иммунные механизмы с взаимодействием антигена и антител. Заболевание чаще возникает у взрослых.

Симптомы. Заболевание начинается с появления зуда и дискомфорта, обычно в месте введения сыворотки. При продолжающемся введении сыворотки болезнь быстро прогрессирует, появляется сыпь на коже геморрагического характера или типа крапивницы, эритематоза с выраженным зудом. Лицо и особенно веки отечны. Имеется болезненность в мышцах и суставах при движении. Больной обычно прикован к постели из-за выраженной слабости, головной боли, неврологических нарушений. Характерна лихорадка, развивающаяся иногда в начале, а чаще на высоте болезни. Могут быть боли в животе и диспепсические явления. Болезнь может осложниться развитием анафилактического шока, миокардита, гломерулонефрита, гепатита. Часто увеличиваются лимфатические узлы, селезенка обычно не пальпируется. При исследовании крови находят лейкоцитоз, иногда эозинофилию, небольшое увеличение СОЭ.

Лечение. При относительно легком течении заболевания показаны антигистаминные средства: димедрол по 0,05 г 3 раза в день, дипразин (пипольфен), супрастин. Эти же препараты при более тяжелом течении вводят парентерально. При более тяжелой форме болезни, сопровождающейся высокой лихорадкой, болями в суставах, поражением внутренних органов, применяют преднизолон до 30—40 мг/сут в течение 6—8 дней с быстрым снижением дозы.

Профилактика. При появлении даже легких симптомов сывороточной болезни необходимо прекратить введение препарата во избежание более тяжелых изменений. Важно воздерживаться от применения сывороток у больных с аллергическими реакциями в анамнезе. При настоятельной необходимости введения сыворотки у больных с аллергическими реакциями в прошлом необходимо дробное введение препарата (по Безредке).

ТЕТАНИЯ, ГИПОПАРАТИРЕОЗ — заболевание, характеризующееся недостаточностью гормона паращитовидных желез, что приводит к понижению содержания кальция в организме и приступам болезненных судорог. Гипопаратиреоз может возникнуть при случайном удалении этих желез во время струмэктомии. Реже эта патология развивается после инфекционных заболеваний или интоксикации, а также во время беременности и лактации, требующих больших количеств гормона для усвоения кальция. У некоторых больных причину выявить не удается.

Симптомы. Болезнь проявляется приступами судорожных сокращений в различных

группах мышц (лицо, туловище, гортань). В результате спазма мышц гортани, бронхов могут возникнуть нарушения дыхания. Судорожные сокращения возможны также в мышечной оболочке кишечника, в сфинктере мочевого пузыря. Во время судорог кисть больного имеет своеобразный вид «руки акушера». Судороги мимических мышц приводят к появлению «сардонической улыбки». При обследовании больного часто выявляются дерматозы, кариес зубов. Вне приступа наблюдаются симптомы повышенной нервно-мышечной возбудимости: при постукивании по скуловой кости возникает сокращение лицевой мускулатуры (симптом Хвостека). Пульс обычно учащен, на ЭКГ увеличен интервал Q — T. В крови содержание кальция снижается до 1,5—1,75 ммоль/л и ниже. Содержание неорганического фосфора в крови повышено. При тетании в отличие от приступов эпилепсии не бывает прикуса языка, пены изо рта. Течение болезни при идиопатической форме относительно благоприятное. При случайном удалении паращитовидных желез во время операции течение более тяжелое, может быстро наступить смерть.

Лечение. Во время приступа судорог вводят в/в 5—10 % раствор хлорида кальция или дают глюконат кальция (до 1—5 г/сут). В последующем назначают поддерживающую терапию солями кальция внутрь. Одновременно осуществляют заместительную терапию паратиреоидином, который вводят под кожу или в/м 10—30 ЕД ежедневно. Дополнительно рекомендуется витамин D в виде спиртового раствора до 1 мл внутрь.

ТИРЕОИДИТ — острое или хроническое воспалительное заболевание щитовидной железы.

Острые тиреоидиты возникают как осложнение различных инфекционных болезней (грипп, пневмония, ангина и т. д.). У больных, помимо лихорадки до 38—39 °С, головной боли, недомогания, появляются боли при глотании в области шеи, иногда с иррадиацией в ухо, затылочную область. При осмотре выявляют увеличение щитовидной железы или части ее, болезненной и плотной. Функция железы обычно повышена, а при затяжном течении она постепенно снижается. В крови отмечается лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышенная СОЭ. Острые явления длятся до 2 нед. Заболевание обычно заканчивается выздоровлением.

Лечение. Применяют антибактериальные средства, кортикостероидные препараты в небольших дозах.

Хронический тиреоидит встречается в виде двух форм: болезни Хашимото и зоба Риделя.

Болезнь Хашимото относится к аутоиммунным заболеваниям и встречается почти исключительно у женщин среднего возраста. У больных определяется увеличение щитовидной железы, которая остается безболезненной. Позже могут появиться симптомы сдавления соседних органов. При гистологическом исследовании ткани железы находят диффузное развитие лимфоидной ткани, гибель тиреоидных фолликулов. У $^1/_3$ больных имеются симптомы гипотиреоза. В крови находят антитиреоидные антитела. Лечение проводят преднизолоном, при сдавлении соседних органов показана операция.

При зобе Риделя щитовидная железа очень плотна на ощупь, также постепенно развивается сдавление близлежащих органов. Функция железы обычно существенно не изменяется. Лечение зоба Риделя — хирургическое.

ТИРЕОТОКСИКОЗ см. *Базедова болезнь.*

ТОНЗИЛЛО-КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ — изменения сердца, сопровождающие иногда хронический тонзиллит, особенно при его обострении. При этом могут возникать различные субъективные проявления и реже более серьезные изменения в сердце — дистрофия миокарда и миокардит. Заболевание возникает преимущественно у молодых женщин с выраженным тонзиллитом, протекающим с частыми обострениями.

Симптомы. Наиболее частая жалоба — боль в области сердца различного характера, чаще колющая, не связанная с физической нагрузкой. Могут быть также одышка при нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца, а также артралгии. Объективно у большинства больных не находят каких-либо патологических признаков со стороны сердца и изменений лабораторных показателей, указывающих на воспалительный процесс. Тонзиллогенная дистрофия миокарда характеризуется субфебрилитетом, тахикардией, артериальной гипертонией, незначительным расширением сердца влево, приглушенностью тонов, небольшим систолическим шумом, реже незначительными сдвигами лабораторных показателей (увеличение СОЭ, лейкоцитоз). Признаки сердечной недостаточности никогда при этом не развиваются. При тонзиллогенном миокардите признаки поражения сердечно-сосудистой системы выражены более резко. Появляются отклонения на ЭКГ в виде нарушений проводимости, экстрасистолии, изменений сегмента ST, зубца *T*. Наиболее трудна дифференциальная диагностика тонзиллогенных поражений с первичным ревмокардитом. В целом для этих поражений более характерно сочетание разнообразных, часто весьма пестрых жалоб, особенно кардиалгий. В то же время при тонзиллогенных поражениях порок сердца никогда не развивается.

Лечение тонзиллогенных поражений сердца начинают с терапии тонзиллита. При отсутствии эффекта и прогрессировании изменений со стороны сердца показана тонзиллэктомия. При наличии множества жалоб, указывающих на вегетососудистую дистонию, назначают успокаивающие средства (валериана, корвалол и др.). При дистрофии миокарда проводится витаминотерапия, назначаются общеукрепляющие средства. При тонзиллогенном миокардите лечение проводят как при ревмокардите, имея в виду трудности дифференциальной диагностики в начальном этапе болезни.

УЗЕЛКОВЫЙ ПЕРИАРТЕРИИТ — заболевание, возникающее вследствие поражения артерий малого и среднего калибра с призна-

ками воспаления сосудистой стенки и сегментарным некрозом ее. Болезнь характеризуется поражением ряда систем и органов и относится к коллагеновым болезням (см.). У некоторых больных заболевание возникает вследствие лекарственной непереносимости сульфаниламидов, антибиотиков и т. п.

Симптомы. В период обострения болезни наблюдаются лихорадка, иногда с ознобами, боли в суставах и мышцах, нередко с признаками полиартрита, быстрое похудание. Возможны сильные боли в животе с выраженными диспепсическими явлениями, потерей аппетита. Может развиться картина острого живота в результате артериита мезентериальных сосудов и некроза кишечной стенки. Сильные боли в конечностях с атрофией мышц и двигательными расстройствами могут быть обусловлены полиневритом. Особенно характерно для узелкового периартериита поражение почек с развитием гипертонии, которая иногда приобретает злокачественный характер с возникновением почечной недостаточности. При этом обычно имеется белок в моче. Нередко поражается сердце в виде коронариита с клиническими и электрокардиографическими проявлениями коронарной недостаточности, осложняющейся иногда инфарктом миокарда. Возможно поражение кожи, вплоть до образования массивных некрозов ее. Лишь в редких случаях могут пальпироваться узелковые образования по ходу периферических сосудов. При обострении болезни в крови находят нейтрофильный лейкоцитоз, эозинофилию, увеличение СОЭ. Иногда болезнь начинается с поражения легких, явлений бронхиальной астмы, протекающей с высокой эозинофилией. При поражении других внутренних органов в легких при рентгенологическом исследовании иногда находят инфильтративные изменения.

При хроническом течении общие симптомы (лихорадка, полиартрит) могут отсутствовать и в течение длительного времени обычно преобладают симптомы поражения одного — двух органов, например почек, сердца и т. д. Очередные обострения могут приводить к поражению других органов и систем; в то же время возможно прогрессирование поражения одного органа с развитием его выраженной недостаточности.

Диагностика заболевания основывается на сочетанном поражении ряда органов и систем с признаками значительного воспаления с лихорадкой, изменениями прежде всего в почках, в сердце, наличии полиневрита. Подозрение об узелковом периартериите может возникнуть также при наличии преимущественного поражения таких органов, как почки, сердце, легкие и некоторых особенностях течения болезни, например инфаркте миокарда в сочетании с длительной лихорадкой, артралгиями, высоким лейкоцитозом, наличии бронхиальной астмы, протекающей очень упорно с высокой эозинофилией. Решающее значение для диагноза имеет динамическое клиническое наблюдение за больным. Специфических для этой болезни лабораторных показателей не существует. В некоторых случаях диагноз может быть подтвержден при морфологическом исследовании кусочков кожи и мышц, полученных при биопсии.

Лечение при обострении узелкового периартериита начинают с сочетанного применения кортикостероидов (преднизолон, триамцинолон) с цитостатическими средствами (азатиоприн), при высокой гипертонии основную роль в лечении играют цитостатики, доза преднизолона при этом не превышает 15—20 мг/сут. При наличии противопоказаний к применению этих средств назначают бутадион. Этот же препарат наиболее целесообразен при относительно легком течении болезни. Возможно также применение индометацина, бруфена. По показаниям проводится соответствующая симптоматическая терапия (гипотензивные, бронхолитические средства).

УРЕМИЯ ОСТРАЯ (острая почечная недостаточность) характеризуется остро возникшим нарушением мочеобразования и мочевыделения с повышением содержания азотистых шлаков в крови, нарушением водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния. Острая уремия возникает у больных с тяжелым шоком различного происхождения, токсическим повреждением почки, в период острой тяжелой инфекции, в частности при септических абортах, а также при переливании несовместимой крови, травматическом размозжении мышц, урологических заболеваниях, протекающих с закупоркой мочевыводящих путей.

Симптомы острой почечной недостаточности возникают на фоне клинических проявлений основного заболевания (интоксикация, инфекция, шок). У больных развивается анурия или олигурия (выделение менее 400—300 мл мочи в сутки). Нарастает слабость, исчезает аппетит, появляются тошнота, рвота, бессонница, судороги в мышцах, тахикардия. У некоторых больных развиваются анемия, острый психоз. В крови быстро повышается уровень остаточного азота, креатинина, индикана, калия. На ЭКГ могут быть признаки гиперкалиемии, аритмии. После периода олигурии, который может продолжаться 5—10 сут, количество мочи постепенно увеличивается до 2—4 и более литров в сутки (полиурия). Период полиурии может продолжаться несколько дней и приводит к обезвоживанию с потерей натрия, калия с признаками сердечно-сосудистой патологии. При этом азотемия может даже нарастать, достигая больших степеней. В дальнейшем происходит постепенное восстановление функции почек с полным выздоровлением.

Лечение. В более легких случаях острой почечной недостаточности, помимо лечения основного заболевания, назначают мочегонные средства — маннитол (10 % раствор из расчета 1 г/кг массы тела больного) или фуросемид (лазикс) в достаточном количестве. Пища должна содержать мало белка, введение жидкости ограничивают вследствие опасности развития отека легких и мозга. Парентерально вводят 40—60 мл 20 % раствора глюкозы с 5—6 ЕД инсулина, а также 100—200 мл 4 % раствора гидрокарбоната натрия. В более тяжелых случаях необходим экстра-

корпоральный гемодиализ с помощью аппарата «искусственная почка» или перитонеальный диализ. Эти методы дают возможность очистить организм от задержанных азотистых шлаков и выравнять нарушенный минеральный и кислотно-основной баланс. В период полиурии необходимо достаточное введение жидкости внутрь или парентерально, а также назначение хлорида калия.

УРЕМИЯ ХРОНИЧЕСКАЯ (хроническая почечная недостаточность) характеризуется нарушением функций почек, прежде всего выделительной, с постепенным накоплением в крови азотистых шлаков. Эта патология является исходом многих хронических диффузных заболеваний почек: хронического нефрита, амилоидоза, пиелонефрита, системных сосудистых болезней (узелковый периартериит, системная красная волчанка).

Симптомы. Обычно у больных с течением более или менее длительного времени определяются симптомы поражения почек. В связи с развитием почечной недостаточности появляются жалобы на усиление общей слабости, потерю аппетита, зуд кожи, тошноту, рвоту, расстройства сна, похудание. При обследовании обнаруживают мышечное подергивание, бледность кожи, понижение температуры (даже в период инфекционных осложнений). АД, как правило, повышено. При выраженной уремии развивается перикардит, обычно сухой, реже экссудативный. Одновременно имеется поражение миокарда, обусловленное наличием анемии, гипертонии, нарушением электролитного обмена. Сердце увеличено в размерах, определяются признаки гипертрофии левого желудочка, выслушивается систолический шум, возможно появление застойных явлений. В легких имеются признаки токсического отека, отчетливо определяемого при рентгенологическом исследовании. Обычно имеется анемия. Число тромбоцитов может быть уменьшено, что является одной из причин повышенной кровоточивости. В сыворотке крови повышено содержание креатинина, остаточного азота, мочевой кислоты, калия. Может быть ацидоз с появлением характерного «большого шумного дыхания». Моча с постоянно низкой относительной плотностью, что оценивается при ее исследовании в пробе по Зимницкому. Обычно имеет место протеинурия. Прогрессирование почечной недостаточности приводит к развитию уремической комы с нарастающим затемнением сознания. Течение хронической уремии может быть разнообразным, что зависит в известной степени от характера основного заболевания.

Лечение уремии проводят с учетом тяжести клинических проявлений и степени снижения функции почек. При начальных стадиях почечной недостаточности назначают диету с ограничением белка до 40—30 г/сут за счет уменьшения приема круп, мяса, рыбы, молочных продуктов. Целесообразно употребление углеводов, периодически рекомендуется вводить 5 % раствор глюкозы в/в с инсулином. Назначают анаболические стероиды типа метандростенолона (дианабол) по 20 мг в день. Для увеличения почечного кровотока и выделения шлаков рекомендуется настой можжевельника, полевого хвоща. При анемии переливают кровь, вводят витамин B_{12}. В случае повышения АД назначают гипотензивные средства — метилдофа (альдомета), гемитон и др. При наличии диспепсических явлений вводят аминазин, дипразин. При прогрессирующем снижении функции почек и нарастании клинических проявлений гиперазотемии применяют внепочечное очищение крови с помощью аппарата «искусственная почка» (программный гемодиализ) или пересадку почки (в специальных центрах).

ФЕОХРОМОЦИТОМА — опухоль клеток мозгового вещества надпочечников или узлов симпатической нервной системы, приводящая к избыточной секреции катехоламинов — адреналина и норадреналина.

Симптомы. Болезнь проявляется характерными приступами с головной болью, тошнотой, тахикардией, повышением АД, болями в подложечной области, с рвотой. Могут быть подергивания мышц всего тела, иногда судороги. Вне приступа больные жалуются на общую слабость, утомляемость, повышение возбудимости, в отдельных случаях имеется постоянная артериальная гипертония, а также желудочно-кишечные расстройства. В момент криза отмечают повышение уровня сахара в крови и лейкоцитоза. В моче, особенно после приступа, повышается содержание адреналина, норадреналина, ванилинминдальной кислоты. Опухоль редко достигает большой величины и лишь иногда ее удается пальпировать, поэтому для ее подтверждения проводят специальное рентгенологическое исследование с наложением ретропневмоперитонеума. Наличие опухоли может быть подтверждено при помощи компьютерной томографии.

Лечение опухоли хирургическое. При наличии артериальной гипертонии показано применение гипотензивных препаратов (метилдофа гемитон, анаприлин).

ХОЛЕЦИСТИТ. ХОЛАНГИТ. Холецистит — воспаление желчного пузыря; может протекать остро и хронически. Острый холецистит см. главу «Хирургические болезни».

Хронический холецистит вне обострения проявляется болями в правом подреберье или подложечной области, тошнотой, изредка — рвотой, плохим аппетитом, горечью во рту. Эти жалобы могут появляться после некоторых погрешностей в диете, употребления жирной пищи. При обследовании больного отмечается болезненность в правом подреберье. Диагноз может быть подтвержден при специальном исследовании (при дуоденальном зондировании в порции В находят увеличенное число лейкоцитов, при холецистографии выявляются камни в желчном пузыре или нарушение его двигательной функции). Вне обострения болезни показатели крови нормальные. При обострении холецистита находят признаки, аналогичные острому холециститу.

Холангит — воспаление внутрипеченочных желчных ходов. Болезнь лишь в некоторых случаях является осложнением холецистита. Проявляется тупыми болями в области печени, болезненностью при пальпации в правом под-

реберье и постукивании в области печени по межреберьям, увеличением размеров печени, желтухой, высокой лихорадкой с ознобами. При исследовании крови отмечается лейкоцитоз, повышение СОЭ.

Лечение. При частых обострениях холецистита показано хирургическое вмешательство. Вне обострения болезни важно соблюдать диету с ограничением жира (жирная свинина, баранина). Показано назначение желчегонных средств (аллохол, холосас), а также спазмолитиков (папаверин, платифиллин). При обострении холецистита и при холангите применяют антибиотики широкого спектра действия: левомицетин, сигмамицин, ауромицин. Профилактика сводится к соблюдению рациональной диеты, устранению очагов инфекции в организме.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ — хроническое заболевание печени, протекающее с нарушением ее функций и обычно увеличением органа. Чаще цирроз печени является исходом вирусного гепатита, протекающего иногда длительно без характерных клинических симптомов. Другая важная причина болезни — длительное злоупотребление алкоголем.

Симптомы. Отмечаются слабость, плохой аппетит, тошнота, рвота, боли в правом подреберье, носовые кровотечения. При осмотре больные иногда выглядят истощенными, появляется желтуха. На коже находят «сосудистые звездочки» (паукообразное расширение сосудов). Пальцы могут принимать форму «барабанных палочек», ногти — «часовых стекол». Возможна гиперемия ладоней. Печень обычно увеличена, плотна на ощупь. При нарушении оттока по портальной вене (портальная гипертензия) появляется асцит, видны расширенные вены на коже живота, увеличивается селезенка. При исследовании крови находят умеренную анемию, лейкопению, тромбоцитопению (проявления так называемого гиперспленизма). В сыворотке крови повышается содержание аминотрансфераз (особенно аланиновой), альдолазы, прямого билирубина. Белковые сдвиги характеризуются уменьшением альбуминов, увеличением глобулинов, особенно γ-глобулинов, одновременно изменяются показатели сулемовой, тимоловой проб. Снижается содержание в сыворотке протромбина и холестерина. При рентгеноскопии в ряде случаев выявляют расширение вен пищевода, из которых возможно массивное кровотечение. Клинически в одних случаях могут преобладать симптомы портальной гипертензии, в других — нарушения функции печени с увеличением ее, желтухой, другими периферическими симптомами. Своеобразным вариантом болезни является первичный билиарный цирроз печени, при котором поражаются внутрипеченочные желчные ходы и возникает желтуха с выраженным зудом, повышением уровня билирубина и холестерина в крови. Течение болезни осложняется повышенной кровоточивостью, появляются ксантелазмы на веках (отложение холестерина в коже). В крови повышается уровень щелочной фосфатазы. Прогрессирование цирроза печени с нарушением ее функции может привести к печеночной коме. Для нее характерны нарушение нервной деятельности, бессонница, апатия, сонливость, периодически раздражительность и агрессивность. Обычно нарастает желтуха. Смерть может наступить при нарастании интоксикации, гипотонии, гипотермии, явлений геморрагического диатеза.

Лечение. Питание должно быть разнообразным, высококалорийным, с достаточным содержанием полноценного белка. При асците и задержке жидкости ограничивают поваренную соль. Назначают витамины группы В (витамин B_{12}, фолиевая кислота). При наличии жировой дистрофии (у лиц, страдающих алкоголизмом) показаны метионин, холина хлорид. При асците и отеках вводят мочегонные: фуросемид, гипотиазид, верошпирон, при зуде применяют метилтестостерон по 5 мг 3 раза в день. Начальный цирроз печени с выраженной активностью, лихорадкой, белковыми сдвигами, высокой ферментемией являются показанием к применению кортикостероидов (преднизолон) и цитостатических средств (азатиоприн). Развитие печеночной комы у больных циррозом печени прогностически очень неблагоприятно. Больным ограничивают белок в диете, назначают антибиотики широкого спектра действия, вводят достаточное количество жидкости в виде 5 % раствора глюкозы. Больным циррозом печени следует с осторожностью назначать успокаивающие, снотворные средства, а также сильнодействующие мочегонные средства (из-за опасности развития гипокалиемии).

ШЕГРЕНА (СЬЕГРЕНА) СИНДРОМ (сухой синдром) — хроническое системное заболевание с недостаточностью всех желез внешней секреции с преимущественным вовлечением в процесс слюнных и слезных желез. Предполагают роль аутоиммунных нарушений в возникновении этого синдрома, не исключается вирусная этиология. Болеют преимущественно женщины.

Симптомы: характерны кератоконъюнктивит и сухой стоматит. Больные отмечают сухость во рту, чувство жжения, ощущение инородного тела, светобоязнь, уменьшение выделения слез. Обычно нарушается жевание и глотание пищи. Возможно поражение слизистых оболочек гортани, трахеи и других органов. У некоторых больных отмечается припухание околоушных и подчелюстных желез, которое может сопровождаться болями в соответствующей области. Для уточнения характера поражения имеет значение биопсия желез, а также сиалография с введением контрастного вещества в протоки слюнных желез. Синдром Шегрена может протекать самостоятельно или в сочетании с другими заболеваниями: ревматоидным артритом, системной склеродермией, хроническим активным гепатитом и т. д. При исследовании крови часто находят анемию и повышение СОЭ. Заболевание протекает хронически, характерна смена ремиссий и рецидивов. Иногда болезнь осложняется поражением почек с явлениями их недостаточности.

Лечение проводится с участием окулиста и стоматолога. Применяют симптоматиче-

ские средства. При генерализации болезни с поражением внутренних органов можно назначать кортикостероидные препараты и иммунодепрессанты.

ЭЗОФАГИТ — воспаление слизистой оболочки пищевода.

Острый эзофагит развивается вследствие механического и термического повреждения слизистой оболочки пищевода, а также при некоторых инфекциях. Больные отмечают боль и нарушение прохождения пищи по пищеводу, рвоту с выделением вязкой слизи, иногда с примесью крови. Может быть лихорадка. Острый эзофагит может осложниться перфорацией, кровотечением, гнойным медиастинитом.

Лечение. В легких случаях больные должны пить маленькими глотками холодное молоко или глотать кусочки льда. В более тяжелых случаях рекомендуется воздержаться от приема пищи в течение 2—3 дней, в дальнейшем назначают достаточно калорийную и витаминизированную, механически и химически щадящую диету. Из медикаментозных средств применяют антибиотики, противоспастические (папаверин, платифиллин) и болеутоляющие препараты. При рвоте показан анестезин или новокаин внутрь.

Хронический эзофагит может быть исходом острого, в других случаях он сопутствует местным поражениям, например при грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Причинами заболевания могут быть также витаминная недостаточность (витамины В, А, С), злоупотребление алкоголем. Заболевание проявляется ощущением тяжести и нерезких болей по ходу пищевода, отрыжкой, изжогой. Важное диагностическое значение имеет эзофагоскопия, которая позволяет исключить новообразования.

Лечение. Диета с исключением острой, грубой, горячей пищи. Запрещается употребление спиртных напитков и курение. Назначают также спазмолитические и ощелачивающие средства, как и при язвенной болезни желудка (см.). Благотворное действие оказывают минеральные воды типа боржома.

ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ — заболевание, характеризующееся увеличением воздушных пространств легких дистальнее терминальных бронхиол. Наблюдается обычно при хроническом бронхите, бронхиальной астме, которые протекают с нарушением бронхиальной проходимости. При этом постепенно развивается расширение альвеол с последующими деструктивными изменениями их стенок. В результате в легких увеличивается количество воздуха, не удаляемого и после глубокого выдоха (остаточный воздух). Эмфизема может быть острой и хронической. Острое повышение воздушности легких может быть, например, при приступе бронхиальной астмы, иногда при тяжелом гриппе с бронхитом и частичной обтурацией бронхов. Преходящая эмфизема наблюдается на здоровой стороне или в здоровых отделах легких при пневмотораксе, ателектазах, инфильтратах легкого.

Симптомы. Хроническая эмфизема легких характеризуется одышкой, кашлем (вследствие сопутствующего бронхита), цианозом. Одышка вначале возникает лишь при физической нагрузке, постепенно она усиливается и при выраженной эмфиземе становится постоянной. Цианоз является диффузным, равномерным и не сопровождается похолоданием конечностей (что отличает его от цианоза при сердечной недостаточности). Грудная клетка обычно расширена с увеличением ее переднезаднего размера, имеет бочкообразный вид. Угол, образуемый реберными дугами, обычно больше прямого, достигает 120°. При перкуссии легких определяется коробочный звук, особенно выраженный в нижнебоковых отделах грудной клетки. Нижние границы легких обычно опущены, подвижность нижнего края легких ограничена. При аускультации легких дыхание ослаблено, однако из-за наличия сопутствующих поражений бронхов оно может быть жестким с удлиненным выдохом и сухими или влажными хрипами. При длительном течении эмфиземы и бронхита в связи с легочной гипертензией и перегрузкой правого желудочка развивается его гипертрофия, а затем и недостаточность с застойными явлениями в большом круге кровообращения. При этом выявляется пульсация в подложечной области, что связано с увеличением правого желудочка. При его недостаточности увеличивается печень. Обычно отмечается тенденция к тахикардии. В крови нередко наблюдается эритроцитоз. При исследовании функции внешнего дыхания выявляют уменьшение жизненной емкости легких, показателей пневмотахометрии и форсированной жизненной емкости (объем воздуха за первую секунду при форсированном выдохе). Повышается объем остаточного воздуха. Заболевание течет хронически с постепенным прогрессированием дыхательной недостаточности и хронического легочного сердца (см.).

Лечение и профилактика направлены в первую очередь на заболевания, с которыми связано развитие эмфиземы. Необходимо своевременное лечение обострений хронического бронхита и бронхиальной астмы. По показаниям проводят противоинфекционную терапию, назначают бронхорасширяющие средства (эуфиллин, эфедрин). При эмфиземе легких большое значение имеют лечебная физкультура, дыхательная гимнастика, курортное лечение в условиях сухого теплого климата. Рекомендуют специальные упражнения для восстановления нижнегрудного, диафрагмального типа дыхания. В отдельных случаях применяют искусственное дыхание с помощью специальных аппаратов. При наличии легочной и сердечной недостаточности необходимы ограничение физической нагрузки, ингаляции кислорода, мочегонные, сердечно-сосудистые средства.

ЭНДОКАРДИТ СЕПТИЧЕСКИЙ ЗАТЯЖНОЙ — заболевание инфекционной природы с поражением как сердца (прежде всего эндокарда), так и других внутренних органов. Эндокардит чаще возникает у больных, страдающих ревматическими или врожденными пороками сердца (в том числе после операции на сердце), а также атеросклерозом. Реже

болезнь возникает в неизмененном сердце. Болезнь обычно вызывается зеленящим стрептококком, реже стафилококком или другими микроорганизмами.

Симптомы. Клиническая картина чаще в первую очередь характеризуется внесердечными проявлениями. В типичных случаях отмечаются высокая лихорадка с ознобами, потами, боли в суставах иногда с полиартритом, петехиальные высыпания на коже и слизистых оболочках, в частности на нижнем веке (симптом Лукина). Пальцы приобретают форму «барабанных палочек», ногти — «часовых стекол». Характерно формирование недостаточности аортального клапана с появлением диастолического шума в V точке и снижением диастолического давления. Одновременно поражается и миокард, в связи с чем развиваются нарушения ритма и застойные явления. Очень часто отмечают увеличение селезенки и печени, поражение почек с протеинурией за счет нефрита или тромбоэмболий. В крови находят анемию, лейкопению, повышение СОЭ, белковые сдвиги. Отмечается положительная формоловая проба. При посеве крови, который необходимо производить до лечения антибиотиками, иногда удается выделить возбудителя болезни, что имеет значение для выбора лечения.

В последние годы значительно чаще встречаются стертые формы течения болезни без высокой лихорадки. При этом в клинической картине преобладает поражение одного органа: почек, суставов, костного мозга с анемией, селезенки у больного с сформировавшимся ранее ревматическим пороком. В подобных случаях диагноз иногда может быть подтвержден при пробном лечении антибиотиками. Нередким осложнением септического эндокардита являются тромбоэмболии в почки, селезенку, мозг.

Лечение начинают с введения пенициллина в дозе 6—8 млн. ЕД/сут, причем вводят его дробно в/м через каждые 3 ч в течение 1—1 $^{1}/_{2}$ мес в сочетании со стрептомицином до устранения признаков активности болезни. При отсутствии заметного эффекта следует через несколько дней назначать полусинтетические пенициллины, цепорин (4—6 млн. ЕД), эритромицин, антибиотики широкого спектра действия. При стертом течении болезни лечение антибиотиками целесообразно сочетать с назначением преднизолона (15—20 мг/сут) или другими противовоспалительными средствами (индометацин, бруфен). Лечение сердечной недостаточности проводят по общим правилам (см.).

Профилактика болезни сводится к своевременному лечению обострений очаговой инфекции, кариозных зубов у больных, страдающих ревматическими и врожденными пороками сердца.

ЭНДОКАРДИТ СЕПТИЧЕСКИЙ ОСТРЫЙ представляет собой следствие и проявление общего сепсиса, который может быть обусловлен различными микробами, чаще стафилококками и энтерококками. При этом почти всегда имеется очаг явной инфекции, с которого началось развитие болезни.

Симптомы. Высокая лихорадка с ознобами, потливостью, увеличение селезенки, метастатические абсцессы в мозге, легких и других органах. Быстро развивается недостаточность клапанов сердца, чаще трехстворчатого, реже — аортального и митрального. Сердечная недостаточность менее характерна. Могут быть разрывы и перфорация створок клапанов. При исследовании крови находят высокий лейкоцитоз, анемию, повышение СОЭ.

Лечение. Назначают антибиотики широкого спектра действия в больших дозах. При необходимости их можно сочетать с антистафилококковой сывороткой.

ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ. ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ В ЛЕГКИХ (синдром Леффлера). Болезнь характеризуется появлением инфильтрата в легких в виде преходящих теней на рентгенограммах легких с одновременным увеличением числа эозинофилов в крови. Болезнь протекает легко и заканчивается обычно в течение месяца. В большинстве случаев она вызывается аллергической реакцией в альвеолах и может быть связана с различными аллергенами. Лишь у некоторых больных удается выявить причину аллергического процесса: миграция личинок аскарид или других гельминтов, прием различных лекарств (например, ПАСК). Болезнь может быть обнаружена при случайном рентгенологическом исследовании, когда находят инфильтраты в одном или обоих легких. Чаще они сопровождаются небольшим кашлем. Возможны недомогание, головная боль, сенная лихорадка и другие аллергические проявления (например, ангионевротический отек). Отмечается небольшое повышение температуры. В участке поражения могут выслушиваться влажные хрипы, притупление звука определяется лишь при значительной величине инфильтрата. При исследовании крови число лейкоцитов обычно нормальное с относительно небольшой эозинофилией (8 %), реже число эозинофилов достигает 20—25 %. Для выявления возможного аллергена целесообразно исследовать кал на наличие паразитов.

Лечение. При обнаружении гельминтов проводят дегельминтизацию. Если симптомы самого инфильтрата сохраняются более длительное время или резко выражены, оправдано применение кортикостероидов (преднизолон до 20—30 мг/сут) в виде короткого курса.

ЭРИТРЕМИЯ (полицитемия) — хроническое, медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся повышением общей массы эритроцитов при наличии гиперплазии всех элементов костного мозга и гепатоспленомегалии. По своему происхождению болезнь близка к лейкозам. Встречается чаще у мужчин среднего и пожилого возраста.

Симптомы. Болезнь начинается постепенно. Характерны жалобы на головные боли, головокружение, одышку, кожный зуд, парестезии. Возможна тенденция к геморрагическим проявлениям. В то же время повышение вязкости крови у больных может вести к развитию тромбозов. Типична распространенная краснота кожи. Печень и селезенка увеличены

в результате усиления кроветворения в этих органах. Встречается подагра. В крови содержание гемоглобина, эритроцитов, а также общий объем крови и гематокрит повышены. Наблюдают также лейкоцитоз и тромбоцитоз, которые отсутствуют при вторичном эритроцитозе.

Наряду с истинной полицитемией как самостоятельным заболеванием существуют вторичные эритроцитозы, возникающие в результате недонасыщения крови кислородом при болезнях легких, сердца и др. Вторичный эритроцитоз также может быть при кистах и опухолях почек, поэтому появление даже небольшой гематурии у таких больных требует исключения почечной патологии.

Лечение. При повышении гематокрита более 55 %, особенно у больных пожилого возраста, показано кровопускание до 500 мл каждые 5—7 дней. В дальнейшем проводят лечение радиоактивным фосфором или цитостатическими препаратами (например, циклофосфамидом по 100—150 мг внутрь ежедневно до наступления ремиссии).

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ характеризуется возникновением язв на слизистой оболочке желудка или двенадцатиперстной кишки. Болезнь протекает с периодическими обострениями и ремиссиями (иногда длительными), встречается у мужчин в 4—5 раз чаще, чем у женщин. В развитии изъязвления решающую роль, по-видимому, играет самопереваривание желудочным соком слизистой оболочки и более глубоких слоев желудочно-кишечной стенки. Это связывают с повышением секреции желудочного сока, содержащего больше хлористоводородной кислоты и протеолитических ферментов, а также уменьшением активности механизмов, защищающих слизистую оболочку от переваривающего действия желудочного сока. Способствуют развитию болезни наследственные факторы, длительное психоэмоциональное напряжение, особенности питания с нарушением его ритма и частым употреблением продуктов, оказывающих выраженное сокогонное действие. В некоторых случаях очевидна роль воздействия на слизистую оболочку таких лекарств, как ацетилсалициловая кислота, а также длительного лечения кортикостероидами. Меньшее значение имеет нарушение в стенке желудка кровообращения, которое обычно связано не столько с органическими изменениями сосудов (атеросклероз, тромбоз), сколько с их функциональными нарушениями с наклонностью к спазмам.

Наиболее характерные симптомы — боли в подложечной области, диспепсические явления (тошнота, рвота, изжога), кровотечения. Боли в животе могут иррадиировать в позвоночник, обычно они связаны с приемом пищи и появляются через 30—40 мин (ранние) или $1^1/_2$—2 ч (поздние) после приема пищи. Поздние боли обычно имеют место при дуоденальных язвах. Для них характерны боли натощак, ночные, уменьшающиеся сразу после приема пищи. При высоких субкардиальных язвах боли могут ощущаться за грудиной. Иногда на высоте болей возникает рвота, которая приносит облегчение больному. Изжога наступает обычно после еды, реже натощак и ночью и связана с забрасыванием желудочного сока в нижний отдел пищевода. Аппетит при язвенной болезни сохранен, однако из-за страха перед болями больные избегают иногда принимать пищу. Нередко болезнь может длительно протекать бессимптомно, проявляясь внезапным кровотечением с рвотой в виде «кофейной гущи», дегтеобразным стулом, быстрым развитием анемии, постгеморрагического шока. Эти осложнения, как и прободение язвы, могут развиться на высоте других клинических проявлений заболевания и требуют госпитализации в хирургическое отделение. Иногда в период обострения больные немного худеют, у них отмечаются астеноневротические и вегетативные расстройства со склонностью к брадикардии, потливости и т. д. При пальпации живота определяют болезненность и напряжение мышц живота в подложечной области или при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке — немного правее и выше пупка.

При исследовании желудочного сока обнаруживают увеличение количества его с высокой кислотностью, достигающей 90—100 единиц (при норме в пределах 60 единиц для общей хлористоводородной кислоты и 40 единиц для свободной кислоты). Скрытые небольшие язвенные кровотечения, которые, по-видимому, весьма часты, могут быть обнаружены при специальном исследовании кала на скрытую кровь. В моче нередко увеличено содержание уропепсина — фермента, участвующего в переваривании белка, определение которого может характеризовать повышение активности желудочного сока. С помощью рентгенологического исследования при обострении язвенной болезни в желудке или двенадцатиперстной кишке находят нишу размером 0,5—4 см и другие признаки, характерные для язвы — стойкую деформацию слизистой оболочки на месте бывшей язвы, конвергенцию складок, явления регионарного спазма, усиление перистальтики, зияние привратника. Гастродуоденоскопия позволяет обнаружить язву чаще, чем при рентгенологическом исследовании.

Обострения болезни обычно наблюдаются весной и осенью и могут сменяться длительными ремиссиями. Помимо кровотечений и прободений язвы, язвенная болезнь может осложняться пенетрацией в печень или поджелудочную железу, рубцово-язвенным сужением привратника, малигнизацией (особенно при локализации язвы в желудке). В диагностике этих осложнений особое значение имеет рентгенологическое исследование и гастроскопия с биопсией слизистой оболочки.

Боли в животе в подложечной области могут возникать при гастритах, болезнях желчного пузыря, функциональных нарушениях, раке желудка, грыже белой линии. Для отличия этих заболеваний от язвенной болезни следует учитывать связь болей при ней с приемом пищи; однако во всех сомнительных случаях необходимы гастроскопия или рентгенологическое исследование. Всегда следует учи-

тывать возможность атипичного и бессимптомного течения язвенной болезни.

Лечение и профилактика язвенной болезни состоят прежде всего в соблюдении диеты и регулярного режима питания, прекращении курения, ограничений физической нагрузки и действия факторов, травмирующих психику. Особенно важно соблюдение этих мероприятий весной и осенью.

Лечение обострения болезни предусматривает соблюдение режима покоя, включая постельный режим в условиях стационара 2—4 нед. Диета должна быть достаточной в калорийном отношении и не возбуждать моторную и секреторную функцию желудка. Питаться следует 5—6 раз в сутки. Исключают острые и соленые пищевые продукты и приправы, жареные блюда, сало, копченую рыбу. Рекомендуются вегетарианские протертые супы с добавлением сливок, нежирное мясо в отварном виде, яйца всмятку, омлеты, кисели, сливочное масло, фруктовые соки. Постепенно следует расширять диету, включая употребление сухарей и белого хлеба, каш, макарон, нежирной ветчины, творога, сметаны. Ограничивают прием соли. Применяют ощелачивающие и вяжущие средства (например, викалин по 1—2 таблетки 3—4 раза в день после еды). Сходным действием обладают альмагель и фосфалюгель, а также смесь Бурже (сочетание гидрокарбоната натрия, фосфата и сульфата натрия). Одновременно назначают спазмолитические и холинолитические средства: папаверин с платифиллином или в комбинации с экстрактом белладонны, атропин по 5—15 капель внутрь или по 1 мл 0,1 % под кожу 2 раза в день (наступление эффекта атропина оценивается по появлению сухости во рту). Холинолитики (ганглерон, гастробамат и др.) противопоказаны при глаукоме, гипертрофии предстательной железы, а также при стенозе привратника. Седативный эффект достигается назначением препаратов брома, валерианы, транквилизаторов (мепротан, диазепам). В период выздоровления при отсутствии признаков скрытого желудочного кровотечения проводят физиотерапию (грелки, согревающие компрессы, в дальнейшем грязевые, парафиновые аппликации, диатермия). При упорном течении, а также при осложнениях язвенной болезни (прободение, перерождение язвы в рак, стеноз привратника) необходимо оперативное вмешательство. Лечение язвенных кровотечений может быть консервативным (при однократной необильной кровопотере) и хирургическим (прежде всего при остром массивном кровотечении). Вне обострения язвенной болезни показано санаторно-курортное лечение (Железноводск, Боржоми и др.).

Больные подлежат диспансерному наблюдению с проведением курсов противоязвенного лечения.

Глава 2

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

АМЕБИАЗ, АМЕБНАЯ ДИЗЕНТЕРИЯ. Этиология и патогенез. Болезнь вызывает гистолитическая амеба, которая может существовать в виде трех форм: большой вегетативной (тканевой), мелкой вегетативной (просветной) и инцистированной (в виде цист). Тканевая форма амебы обнаруживается в тканях и испражнениях больных и обладает сильно выраженными инвазивными свойствами. Просветная форма амебы находится в просвете кишечника больных, в их испражнениях в периоде реконвалесценции, в испражнениях больных с хроническим кишечным амебиазом, а также у носителей цист. Цисты гистолитической амебы выявляются в кале реконвалесцентов и цистоносителей. В организм человека гистолитическая амеба попадает в виде цист. Проникнув в пищеварительный тракт, цисты превращаются в просветную форму. Последняя обладает активным движением и выделяет протеолитические ферменты, вызывающие расплавление, лизис тканей в стенке толстой кишки с образованием глубоких язв. После проникновения в толщу слизистого и подслизистого слоев стенки толстой кишки просветная форма, значительно увеличившись в размерах, превращается в тканевую форму.

Тканевая форма амебы увеличивает уже имеющиеся язвы кишечника и, выделяя гистолитические вещества, способствует образованию новых язв. Поражает в основном восходящий отдел толстой кишки, а также сигмовидную и прямую кишку. Паразитирование тканевой формы в стенке толстой кишки поддерживает длительное течение амебиаза; возможна хронизация процесса с периодическими обострениями, а также гематогенное распространение амеб с образованием абсцессов в других органах, чаще в печени.

При благоприятном течении болезни и вследствие успешного проведения терапии тканевые формы превращаются в просветные. Улучшение в состоянии больного сопровождается превращением просветных форм в цисты, что происходит в нижних отделах толстой кишки.

Эпидемиология. Источниками инфекции являются больные с подострым и хроническим течением амебиаза в стадии обострения болезни, а также цистоносители, которые могут и не иметь каких-либо клинических проявлений амебиаза. Заражение происходит путем проникновения зрелых цист гистолитической амебы через рот в желудочно-кишечный тракт.

Заражение человека может произойти через сырую воду, зараженную испражнениями больных амебиазом и цистоносителей, и употреблением в пищу зараженных продуктов (сырые овощи и ягоды, снятые с огородов, удобрявшихся необезвреженными фекалиями людей, больных амебиазом и т. п.). Болезнь распространена в местностях с теплым и жарким климатом; в СССР заболевание амебиазом встречается на Кавказе, в некоторых районах Средней Азии, в районах, расположенных по нижнему течению реки Волги. При переезде больных амебиазом в местности с умеренным климатом могут наблюдаться случаи этой болезни завозного происхождения. Цистоносительство может иметь широкое распространение.

Симптомы. Инкубационный период в среднем 20—30 дней. Выделяют кишечный, внекишечный и кожный амебиаз. Основной клинической формой является кишечный амебиаз. Его клинические варианты — амебный колит и так называемая амебная дизентерия. Основные симптомы амебного колита: понижение аппетита, вздутие живота, урчание в нем, чередование запоров и поносов, после дефекации — ощущение неполноты опорожнения кишок, учащенный (до 4—5 раз в сутки) кашицеобразный стул с примесью слизи. Изредка в стуле отмечается примесь крови в виде прожилок или сгустков. Считавшийся раньше типичным для амебного колита стул в виде «малинового желе» (слизь в нем равномерно окрашена кровью) встречается в настоящее время примерно у 1,5—2 % больных. Обычно отмечаются обложенный грязновато-белым налетом и утолщенный язык, болезненность по всему животу или в области уплотненных слепой и восходящей толстой кишок. Температура в период острых проявлений болезни повышается умеренно и непродолжительно.

Для амебной дизентерии характерны жалобы больных на довольно интенсивные боли в животе схваткообразного или ноющего характера, слизисто-кровянистый стул, тенезмы, общую слабость, недомогание. Частота стула до 10 раз в сутки. Температура повышается до 38 °С и сохраняется повышенной в течение 3—5 дней. Язык обложен налетом, живот уме-

ренно вздут, отмечается урчание; при пальпации выявляется уплотнение различных отделов толстой кишки, нередко — спазм сигмовидной кишки. В некоторых случаях умеренно увеличена печень.

Как при амебном колите, так и в случаях амебной дизентерии отмечаются плохой аппетит, пониженная трудоспособность, апатия, бессонница, анемия, похудание больных. С помощью ректороманоскопического исследования, особенно при расположении язв в дистальном отделе толстой кишки, выявляют язвенные дефекты слизистой оболочки. Язвы располагаются изолированно, хотя в подслизистом слое и сообщаются между собой ходами, по которым продвигалась амеба. Дно язвы покрыто серо-пепельным налетом тканевого распада, а края — подрыты. После снятия налета язвы кровоточат.

Внекишечный амебиаз чаще всего протекает с поражением печени в виде амебного гепатита или абсцесса печени. Для амебного гепатита характерна интоксикация, желтуха различной интенсивности, в ряде случаев — лихорадка, увеличение размеров печени. Для амебного абсцесса печени типичны гектическая лихорадка, боли в правом подреберье, болезненная, увеличенная печень, нередко — желтуха. Известны также амебные абсцессы легких, мозга, селезенки и других органов.

Кожный амебиаз обычно сопровождает кишечную форму болезни. На коже промежности и ягодиц возникают эрозии и язвы с длительным, вялым течением.

Осложнения амебиаза: кишечные кровотечения, периколит, перфорации стенки толстой кишки, кишечная непроходимость, поддиафрагмальные абсцессы, абсцессы легких (при внекишечном амебиазе) и др.

Диагноз. Болезнь распознается на основании эпидемиологических данных (проживание в местности, где встречается амебиаз, возможность заражения гистолитической амебой), анамнеза, клинической картины, данных ректороманоскопии и паразитоскопических исследований испражнений больного. Обнаружение в них тканевых форм гистолитической амебы служит прямым подтверждением диагноза этой болезни и свидетельствует об активности течения патологического процесса. Обнаружение просветных форм амебы и цист должно оцениваться лишь с учетом всей совокупности эпидемиологических и клинических данных.

Испражнения для исследования следует брать только в свежем виде, сразу после дефекации. При внекишечном амебиазе целесообразно применение серологических исследований (РСК, реакция преципитации в геле и др.).

Дифференцируют прежде всего от дизентерии, туберкулеза, новообразований толстых кишок, тяжелого неспецифического язвенного колита.

Лечение. В период активных проявлений болезни необходимо проводить лечение только в стационаре с применением амебоцидных препаратов, а также симптоматических и патогенетических средств. Больной должен находиться на постельном режиме, ему назначают механически и химически щадящую диету № 2. Применяют эметина гидрохлорид. Взрослым препарат вводят в/м по 1,5 мл 2 % раствора 2 раза в день с интервалами 6 ч между введениями. Курс лечения 6—7 дней, затем делают перерыв на 10 дней и при отсутствии или недостаточном клиническом эффекте проводят такой же второй курс лечения эметином. Менее токсичен дегидроэметин. Препарат вводят в/м в виде 1—2 % раствора (суточная доза 80 мг). Курс лечения 10 дней. При всех формах амебиаза эффективен метронидазол (трихопол, флагил), который назначают в дозе 1,5—2,25 г/сут на протяжении 5—7 дней. Помимо перечисленных препаратов, как вспомогательные средства применяют энтеросептол, мексазу, ятрен, а также антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, дипразин), витамины группы В, аскорбиновую кислоту, витамин Р. Абсцессы внутренних органов лечат хирургическим путем в сочетании с противоамебными средствами. При кожном амебиазе рекомендуется мазь с ятреном.

Профилактика. В местностях, где встречаются заболевания амебиазом, необходимо обеспечить правильное водоснабжение в населенных пунктах, разъяснять населению меры личной гигиены, говорить о необходимости пить только кипяченую воду, гигиенически содержать и дезинфицировать туалеты, охранять пищевые продукты от загрязнения цистами гистолитической амебы. Следует помнить, что цисты могут сохраняться весьма длительное время в воде различных водоемов. Носители цист не должны допускаться к работе в системе водоснабжения, на пищевые предприятия, в сети общественного питания, а также к обслуживанию детей.

БЕШЕНСТВО (водобоязнь, гидрофобия). Этиология. Болезнь вызывается нейротропным вирусом, поражающим нервные клетки головного мозга.

Эпидемиология. Заражение бешенством происходит при укусе или ослюнении кожи и слизистых оболочек человека (особенно при наличии на них ссадин и трещин) животным, больным бешенством. Наибольшее значение в эпидемиологии заболевания имеют собаки; резервуаром инфекции могут быть также волки, лисицы, кошки. Особую опасность представляют укусы в голову, область лица и шеи; в подобных случаях инкубационный период сокращается, клинические симптомы приобретают бурное развитие.

Симптомы. Инкубационный период в среднем 40 дней. В периоде предшественников (продрома), продолжающемся от 1 до 3 дней, у заболевшего на месте укуса бешеным животным появляется тупая, ноющая боль, а в окружности раны, даже в том случае, если она давно зарубцевалась,— жжение и повышенная чувствительность кожи. Отмечается бессонница, настроение подавленное. У некоторых больных зрительные галлюцинации угрожающего характера. В клиническом течении болезни принято выделять две стадии: а) стадию возбуждения, продолжающуюся от 4 до 7 дней, и б) стадию параличей, которая заканчивается смертью больного. Общая продолжитель-

ность болезни составляет 5—8, изредка 10—12 дней.

В стадии возбуждения температура тела повышается до 37,2—37,3 °С. К числу ранних симптомов относится расстройство дыхания: выдох происходит в виде 2—3 спазматических сокращений диафрагмы, за которыми следует пауза и затем — глубокий шумный вдох. Отмечается также неудовлетворенность больного вдохом («мало воздуха»). Больные возбуждены и встревожены, у них значительно обостряется зрительная, слуховая и тактильная чувствительность. Яркий свет, различные звуки, шум, сквозняк, прикосновение к телу больного вызывают клонические и тонические судороги мышц. На 2—3-й день болезни появляются и самопроизвольно возникающие судороги. Тогда же возникает водобоязнь. При виде воды, звуке льющейся струи у больного рефлекторно возникают судороги глотательной мускулатуры, препятствующие глотанию жидкости. Несмотря на мучительную жажду, больной бешенством, страдающий спазмами глотательной мускулатуры, отталкивает поднесенный к его рту стакан с водой. Однако подкрашенные жидкости (например, крепкий чай) больным бешенством нередко удается выпить, хотя и в небольшом количестве.

Со 2—3-го дня болезни речь больного становится многословной, бессвязной, обрывочной. Появляется усиленное слюноотделение. Нарастают слуховые и зрительные галлюцинации угрожающего характера. Вследствие нарушений психики больные совершают необоснованные и агрессивные действия, рвут на себе одежду, царапают и кусают себя, иногда с такой же попыткой нападают на окружающих, пытаются выбежать из комнаты или выброситься в окно. По временам сознание у больных проясняется, но затем, через 1—3 ч, галлюцинации, бред преследования и судороги возобновляются.

Паралитическая стадия продолжается от 10 до 30 ч и заканчивается смертью больного. Развивается парез или паралич конечностей, преимущественно нижних; больной без движения остается в постели, произносит бессвязные слова, затем наступает агония с расстройствами дыхания и смерть.

Кроме вышеописанной типичной формы бешенства, значительно реже могуть наблюдаться: а) бульбарная форма бешенства (расстройства глотания и речи, асфиксия), б) паралитическая форма, при которой уже в раннем периоде болезни развиваются моно-, гемии параплегии.

Диагноз. При постановке диагноза необходимо учитывать анамнез (укус или ослюнение кожи и слизистых оболочек подозрительным на бешенство животным), наличие симптомов продромального периода, последующую динамику клинических проявлений (особенно водобоязнь, аэрофобию, судороги, слюнотечение, возбуждение и галлюцинации).

Дифференцируют от столбняка, энцефалитов различной этиологии (в том числе от летаргического энцефалита), отравления стрихнином. При подозрении на паралитическую форму бешенства необходимо проводить дифференциальный диагноз с полиомиелитом, инфекционным полирадикулоневритом. Бульбарную форму бешенства дифференцируют от бульбарных форм полиомиелита и ботулизма.

Лечение. Эффективных методов лечения бешенства не разработано; если диагноз установлен правильно, то прогноз безнадежен. Для облегчения страданий больного применяют обезболивающие, наркотические и противосудорожные средства (под кожу пантопон, морфин, в клизмах хлоралгидрат по 2 г для взрослого 1—2 раза в сутки). Возбужденных больных укладывают на постели под веревочную сетку (гамак), обеспечивают тщательное наблюдение.

Профилактика. Важной мерой профилактики является уничтожение бродячих собак и кошек, имеют значение предохранительные прививки, сделанные животным, ношение собаками намордников, карантины для животных, привезенных из других стран. При укусах, нанесениях царапин и ослюнениях человека животными рана должна быть немедленно обработана мыльной водой и йодной настойкой, следует наложить стерильную повязку. Противопоказано хирургическое иссечение краев раны и наложение швов в первые дни после укусов. При укушенных ранах проводится экстренная профилактика столбняка, как и при других травмах (см. *Столбняк*). Внешне здоровое животное, покусавшее человека, изолируют и наблюдают в течение 10 дней. Всем лицам, укушенным, оцарапанным или ослюненным заведомо бешеными животными, подозрительными на бешенство и неизвестными животными, включая хищных птиц, а также исчезнувшими в течение 10-дневного наблюдения животными, назначают антирабические прививки по безусловным показаниям. Прививки по условным показаниям назначают при любых укусах в лицо, голову, шею, пальцы рук, при множественных укусах туловища или конечностей, нанесенных здоровыми животными, в период 10-дневного наблюдения за ними. Если в течение 10 дней после укуса животное остается здоровым, начатые по условным показаниям прививки прекращают. При ослюнении и укусах легкой и средней тяжести при иной локализации прививки не назначают, если животное в момент укуса было здоровым и при этом отмечаются: эпизоотическое благополучие местности, изолированное содержание животного, установлено, что укус был спровоцирован самим пострадавшим, собака вакцинирована против бешенства. Однако за животным обязательно устанавливают ветеринарное наблюдение в течение 10 дней (см. выше) с тем, чтобы немедленно начать прививки при обнаружении у животного первых подозрительных признаков заболевания бешенства, гибели или исчезновения животного. Правила введения антирабических препаратов (вакцины, гамма-глобулина) для предупреждения бешенства, дозы препаратов, способы их введения, продолжительность курсов и т. д. регламентированы соответствующими инструкциями и наставлениями Министерства здравоохранения СССР.

БОЛЕЗНЬ БРИЛЛЯ см. *Сыпной тиф.*

БОТУЛИЗМ. Этиология. Возбудитель болезни — спороносная, строго анаэробная палочка, переживающая в виде спор в почве. При прорастании спор в вегетативную форму бактерии ботулизма вырабатывают экзотоксин, являющийся сильнейшим из всех бактериальных ядов, не разрушающийся под влиянием кишечных соков человека. Бактерии ботулизма подразделяются на 6 типов (A, B, C, D, E, F). Размножению бактерий ботулизма и накоплению экзотоксина в пищевых продуктах способствует отсутствие доступа кислорода и наличие хорошей питательной среды, содержащей белок (например, при неправильном домашнем консервировании грибов в закупоренных банках).

Эпидемиология. В почву возбудитель ботулизма попадает из кишечника животных. Однако сам возбудитель не вызывает заболевания человека. Для возникновения ботулизма необходимо размножение возбудителя в пищевых продуктах с накоплением экзотоксина, который и вызывает заболевание. Экзотоксин наиболее интенсивно образуется при температуре 35—37 °С в анаэробных условиях. Наиболее часто человек заражается в результате употребления в пищу различных продуктов, инфицированных бактериями и токсинами возбудителя ботулизма: колбасы, ветчины, свежепровяленной рыбы и грибов домашнего консервирования. Возможно также заражение человека при употреблении в пищу мясных, рыбных, овощных консервов, рыбы (осетрины, севрюги, белуги), выловленной с повреждением кишечника, содержимое которого инфицирует рыбу.

Патогенез. При заражении человека ботулизмом в тонких кишках происходит всасывание токсина, поступающего затем в ток крови и поражающего ядра черепных нервов, синаптические связи, кровеносные сосуды.

Симптомы. Инкубационный период в среднем 18—24 ч. Начало заболевания острое. Общая слабость, незначительная головная боль, повторная рвота, неясность зрения, вследствие которой больной видит все предметы как бы в тумане, закрытыми тонкой полупрозрачной пеленой. Вскоре затем появляется головокружение и возникает двоение в глазах (диплопия). При попытке читать больной замечает, что строчки и буквы «разбегаются» и двоятся. Зрачки расширены, причем один из них шире другого (анизокория). К этим симптомам присоединяются: косоглазие (стробизм), сужение и неравномерность ширины глазных щелей (опущение — птоз верхнего века одного из глаз). У отдельных больных отсутствует реакция зрачков на свет. Иногда воспаляется сосок зрительного нерва, возникает ретинит с ограничением поля зрения. Характерны поражения нервных клеток в ядрах продолговатого мозга, IX, X, а иногда и других пар черепных нервов, нервных ганглиев сердца. Голос больного становится слабым, а речь — невнятной, больной испытывает сухость во рту. Глотание твердой, иногда и полужидкой пищи становится затруднительным, больные часто поперхиваются; у некоторых принятая жидкость частично выливается через нос вследствие пареза мягкого неба. Парез кишечника ведет к стойкому развитию запоров и метеоризма. Возможно появление болей в животе. Температура тела субфебрильная, нередко остается нормальной. В более поздних стадиях болезни присоединяется расстройство дыхания: оно становится аритмичным, появляется одышка. При тяжелом течении болезни развивается асфиксия, обусловленная поражением дыхательного центра и параличом диафрагмы.

Диагноз. При распознавании ботулизма необходимо учитывать анамнез (связь заболевания с употреблением определенного пищевого продукта), развитие аналогичных проявлений болезни у других лиц, употреблявших тот же продукт. Дифференциальный диагноз проводят с бульбарной формой полиомиелита, от которого ботулизм отличается разнообразными глазными симптомами; для полиомиелита характерно значительное повышение температуры, снижение тонуса отдельных мышц, сохранение вкусовой чувствительности, отсутствие сухости слизистых оболочек полости рта. При заболеваниях, подозрительных на ботулизм, в ранних стадиях болезни нужно дифференцировать от отравления ядовитыми грибами, метиловым спиртом, атропином.

Лечение. Больные подлежат госпитализации в инфекционные больницы и отделения (желательно в стационары, где имеется аппаратура для искусственного дыхания).

Больному следует немедленно промыть желудок через толстый зонд теплым 5 % раствором гидрокарбоната натрия, поставить сифонную клизму, дать внутрь солевое слабительное (25—30 г сульфата магния). В/м или в/в (в зависимости от тяжести заболевания) после предварительной десенсибилизации организма (дробным способом или по Безредке) вводят смесь моновалентных сывороток типов A, B и E. Сыворотки типов A и E вводят взрослым по 10 000—15 000 МЕ, типа B — 5000 МЕ. Сыворотку предварительно нагревают до 37 °С. При тяжелых формах болезни сыворотку в тех же дозах вводят еще 1—2 раза с интервалами 6—8 ч. Для стимуляции активного иммунитета вводят нативный анатоксин в дозе 2 мл (по 0,5 мл типов A, B, C, E) троекратно, с интервалами 5—7 дней. Одновременно назначают антибиотики (левомицетин). Проводят дезинтоксикационную терапию (гемодез, поливинилпирролидон, 5 % раствор глюкозы), назначают мочегонные, сердечно-сосудистые средства, аскорбиновую кислоту, витамины группы B. Запоры устраняют с помощью клизмы. В тяжелых случаях питание больных осуществляют через зонд или парентерально.

При выраженных расстройствах внешнего дыхания прибегают к трахеотомии и подключают больного к аппаратам искусственного дыхания (на срок до 1 мес). При расстройствах глотания проводят искусственное питание. За больным устанавливают круглосуточное наблюдение.

Профилактика. Строгое соблюдение санитарно-гигиенических требований на пищевых предприятиях, консервных заводах, в про-

дуктовых магазинах и системе общественного питания. Это должно быть обязательным и при домашнем приготовлении колбас, ветчины, сушеной и вяленой рыбы, консервировании грибов, овощей, фруктов и ягод, особенно в тех случаях, когда эти продукты сохраняются без достаточного доступа воздуха. Споры бактерий ботулизма убиваются автоклавированием. Безусловно нельзя употреблять в пищу колбасы и ветчину с признаками недоброкачественности (запах прогорклого масла), мясные и рыбные консервы со вздутием крышек банок (бомбаж), компоты из абрикосов, имеющих на поверхности темные пятна, грибы домашнего консервирования, приготовленные без достаточной очистки от загрязнения землей.

При групповых заболеваниях ботулизмом всем лицам, употреблявшим подозрительный продукт, с профилактической целью вводят в/м 2500—5000 МЕ сыворотки каждого типа. За ними устанавливается медицинское наблюдение до 2 нед.

БРУЦЕЛЛЕЗ. Этиология. Болезнь может вызываться одним из трех видов бактерий, относящихся к роду бруцелл. Первый из них (Br. melitensis) вызывает заболевания у коз и овец; передаваясь к человеку, инфекция протекает наиболее тяжело. Возбудителем бруцеллеза у крупного рогатого скота служит Br. abortis bovis, бруцеллез свиней вызывает Br. abortis suis. В СССР наблюдались только случаи, вызванные бруцеллами первых двух типов, поражающих крупный и мелкий рогатый скот.

Эпидемиология. Распространение бруцеллеза среди людей зависит от степени поражения этим заболеванием сельскохозяйственных животных. Симптомы заболевания бруцеллезом у сельскохозяйственных животных могут отсутствовать или болезнь проявляется лихорадкой, маститами (особенно у коз), артритами, самопроизвольными выкидышами.

Человек заражается от больных бруцеллезом коров и коз при употреблении сырого молока и молочных продуктов, от овец — при употреблении маловыдержанной брынзы. Кроме того, заразиться можно и при употреблении в пищу малопроваренного или прожаренного мяса больных бруцеллезом животных, при уходе за ними (скотницы, доярки), оказании помощи абортировавшему животному (профессиональные заболевания ветеринарных работников).

Патогенез. Проникнув в организм через пищеварительный тракт, поврежденную кожу или слизистые оболочки, возбудитель распространяется по лимфатическим и кровеносным сосудам по всему организму. Ретикулоэндотелиальная система отвечает на бруцеллезную инфекцию увеличением печени и селезенки, ряда лимфатических узлов. Бруцеллез может поражать любые органы и ткани организма, но особенно значительно страдает опорно-двигательный аппарат, поражаются синовиальные оболочки суставов, сухожилия, связки, суставные сумки (с развитием бурсита), фасции.

Симптомы. Инкубационный период в среднем 12—14 дней. У некоторых больных отмечается в течение 3—4 дней продромальный период, выражающийся общим недомоганием, потерей аппетита, нарушением сна, раздражительностью. Затем температура тела больного повышается до 38,5—39,5 °С на протяжении 3—7 дней. Примерно у 20 % больных бруцеллез начинается более остро. В дальнейшем течении бруцеллеза температурная кривая может развиваться по одному из следующих типов: 1) волнообразная («ундулирующая»), свойственная главным образом бруцеллезу овечье-козьего типа; 2) ремиттирующая, 3) интермиттирующая, 4) постоянная (при которой колебания между утренней и вечерней температурой составляют менее 1°), встречающаяся реже других.

На протяжении первых 7—10 дней от начала болезни характерно несоответствие между высокой температурной реакцией и довольно удовлетворительным самочувствием больных, которые в этот период сохраняют трудоспособность. Жалобы больных в течение первых 10 дней болезни заключаются в ощущении общей слабости, боли в области поясницы, пояснично-крестцового сочленения, мышц шеи, значительной потливости, которую легко выявить и при объективном осмотре больного. Влажность кожи, особенно ладоней, отмечается и при снижении до нормы температуры тела больного.

Приблизительно к 15—16-му дню от начала болезни клинические симптомы бруцеллеза становятся достаточно ясно выраженными. Принято различать острый бруцеллез, продолжающийся до 3 мес, подострый (затяжной), продолжающийся от 3 до 6 мес, и хронический бруцеллез (в том числе с рецидивирующим течением и генерализацией инфекции, бактериемией), который продолжается до 2 лет (а изредка и до 3—4 лет).

На высоте развития клинических симптомов острого бруцеллеза больные становятся раздражительными, предъявляют много жалоб на состояние здоровья, потливость, боль не только в описанных выше участках тела, но также и в различных, преимущественно крупных, суставах. У 75 % больных увеличиваются в размерах периферические лимфатические узлы, которые становятся слегка болезненными при пальпации, но не спаиваются между собой и с подкожной клетчаткой.

Поражение суставов распространяется преимущественно (или исключительно) на крупные суставы; чаще других поражаются коленные, затем — голеностопные, тазобедренные, плечевые, и реже других — локтевые суставы; у некоторых больных бруцеллез поражает крестцово-подвздошное сочленение. В пораженном суставе отмечаются длительные боли, которые могут усиливаться при движении. Конфигурация пораженного сустава изменяется, его очертания сглаживаются вследствие отека и воспаления мягких тканей в его окружности (периартрит); кожа над пораженным суставом горячее, чем на других участках, слегка лоснится, может приобрести розовый оттенок. Одновременно оказываются пораженными только 1—2 сустава, затем поражаются другие крупные суставы. Нередко отмечаются

бурситы, целлюлиты, тендовагиниты. Возможны поражения крупных костей, в том числе — позвонков (остеопериостит). При длительном, стойком, поражении суставов развиваются контрактуры и анкилозы.

При пальпации определяются мелкие, плотные узелки (скопления клеток, фиброзиты), расположенные в области крестца, запястий, вдоль ребер. Периферическая кровь характеризуется лейкопенией, анэозинофилией, нейтропенией, увеличением СОЭ. У привитых против бруцеллеза болезнь протекает легче.

Если больной получает в ранние сроки эффективное лечение, болезнь может закончиться на стадии острого бруцеллеза. При отсутствии такого лечения болезнь после острой стадии вступает в стадию субхронического, подострого бруцеллеза. В этой стадии болезни, помимо симптомов, отмечавшихся со стороны опорно-двигательного аппарата, нарастают патологические симптомы со стороны нервной системы; больные становятся раздражительными, капризными, даже плаксивыми; возможны поражения гениталий (у мужчин — орхиты и эпидидимиты, у женщин — метроррагии, сальпингоофориты), у беременных — самопроизвольные аборты.

Хронический бруцеллез может протекать либо с рецидивирующей генерализацией, либо с развитием стойких нарушений в опорно-двигательном аппарате. В этой стадии болезни могут наблюдаться различные виды поражения центральной и особенно периферической нервной системы; в периоды генерализации инфекции у больного повышена температура тела и происходит обострение всех симптомов.

Диагноз. Распознавание основывается на тщательно собранном анамнезе (для уточнения возможных обстоятельств заражения с учетом эпизоотической обстановки), клинических симптомах в их развитии, результатах диагностических лабораторных исследований (картина периферической крови), результатах серологических и аллергических реакций (проб). После 10-го дня от начала заболевания можно ставить кожную аллергическую пробу Бюрне, для чего строго внутрикожно на предплечье больному вводят 0,1 мл бруцеллина; результаты оцениваются через 24 и 36 ч. При положительной пробе на месте введения в кожу бруцеллина образуется красное пятно (зона гиперемии диаметром не менее 3—6 см).

Антитела к бруцеллам, циркулирующим в крови больных, можно обнаруживать с помощью реакции агглютинации Райта, реакции непрямой гемагглютинации, РСК, а также в технически упрощенной реакции Хеддлсона. За минимальный диагностический титр реакции Райта принимают ее положительные результаты (+ или ++) при разведении сыворотки крови больного изотоническим раствором натрия хлорида в отношении 1 : 200. Реакция Райта и проба Бюрне могут быть положительными на протяжении длительного срока после выздоровления, а также у лиц, привитых против бруцеллеза.

Дифференциальный диагноз в первые 8—10 дней болезни проводят с брюшным тифом, сепсисом, инфекционным мононуклеозом, а в местностях, где среди населения встречается малярия,— также и с этим заболеванием. После 10—15-го дня болезни проводят дифференциальный диагноз с ревматическим и ревматоидным полиартритом.

Лечение. Для лечения больных острым и подострым бруцеллезом наиболее эффективны антибиотики тетрациклинового ряда, которые назначают по 0,3—0,4 г 4 раза в сутки в течение 7—10 дней. Рекомендуются повторные курсы (2—3) с интервалами 10 дней. Показания к назначению повторных курсов — отсутствие стойкого снижения температуры тела. При затяжном течении (после снижения температуры) с целью предупреждения рецидивов рекомендуется вакцинотерапия. Наряду с антибиотиками назначают десенсибилизирующие препараты (димедрол, супрастин, дипразин), противовоспалительные препараты (реопирин, анальгин, бруфен), при резко выраженных аллергических проявлениях показаны кортикостероиды.

Для лечения подострого, а также хронического бруцеллеза в стадии рецидивирующей генерализации применяют вакцинотерапию, сочетаемую с лечением антибиотиками и другими указанными выше препаратами. Наиболее эффективен внутривенный метод вакцинотерапии. Первый раз в/в вводят 250 000 микробных тел вакцины и наблюдают за больным в течение 6 ч, учитывая его реакции. При умеренно выраженной реакции, имеющей целебное значение, приступают к проведению курса вакцинотерапии. Если же возникает шоковая реакция, то от проведения этой терапии приходится отказаться. Первая лечебная доза вакцины должна составлять 500 000, затем с интервалами 3—4 дня вводят 1 000 000, 3 000 000, 5 000 000, 10 000 000, 25 000 000, 50 000 000 и заканчивают дозой 75 000 000 микробных тел на инъекцию; всего делают 8 внутривенных вливаний лечебной вакцины.

Вслед за стиханием островоспалительных изменений суставов больному назначают лечебную физкультуру, применяют аппликации на суставы парафина в теплом виде, а также сухое тепло. С наступлением ремиссии при наличии стойко нормальной температуры тела и снижении СОЭ до 15—16 мм/ч выздоравливающие от бруцеллеза могут быть направлены на курортное лечение (Сергиевские минеральные воды; Пятигорск; Кумагорск; Талги; Учум; Шира; Белокуриха — с учетом противопоказаний).

Профилактика заключается прежде всего в ликвидации инфекции среди сельскохозяйственных животных и обеззараживании окружающей среды. В местности, где среди сельскохозяйственных животных встречаются заболевания бруцеллезом, большое значение приобретает обеззараживание продуктов и сырья животного происхождения. Молоко коров и коз можно употреблять только после кипячения или пастеризации. Все молочные продукты (простокваша, творог, кефир, сливки, сливочное масло) должны готовиться из пастеризованного молока. Значительную роль

в борьбе с распространением бруцеллеза среди животных играют профилактические прививки специальными вакцинами. Необходима также вакцинация и ревакцинация людей, подвергающихся опасности заражения.

БРЮШНОЙ ТИФ. Этиология. Возбудитель болезни — палочки, содержащие эндотоксин, освобождающийся из микробных клеток в процессе их жизнедеятельности или гибели. Длительное время они могут сохраняться в воде, канализации, различных пищевых продуктах, на поверхности овощей, фруктов, предметах обихода, интенсивно размножаются в молоке, хорошо культивируются на искусственных питательных средах.

Эпидемиология. Источником инфекции являются больные брюшным тифом, выздоравливающие и бактерионосители. Выделяемые с их испражнениями возбудители инфицируют предметы внешней среды, воду и пищевые продукты. Возбудитель инфекции заносится в организм человека через рот — с грязных рук, не обмытых кипяченой водой овощей и фруктов, при питье воды из открытых водоемов и колодцев или молока в «сыром» виде и т. д. Около 8—10 % людей, перенесших брюшной тиф, остаются хроническими бактериовыделителями. Наибольшее число заболеваний наблюдается в теплое время года.

Патогенез. Проникнув через рот в пищеварительный тракт, возбудитель внедряется в лимфатические образования стенки нижнего отдела тонких кишок, вызывая их набухание с последующим образованием на их месте довольно глубоких язв. Бактерии брюшного тифа проникают в ток крови и циркулируют в ней вплоть до окончания лихорадочного периода. Вследствие бактериемии возбудитель внедряется в различные органы и ткани; под влиянием его эндотоксинов поражаются сердечно-сосудистая и нервная системы.

Симптомы. Инкубационный период в среднем 10—14 дней. Начало болезни в большинстве случаев постепенное, но у ряда больных может быть острым. При постепенном начале болезни появляются общая слабость, недомогание, потеря аппетита, головная боль, ухудшается сон. Это — предвестники болезни (продромальный период, продолжающийся 1—2 дня). Затем температура тела ступенеобразно повышается, достигая к 5—7-му дню болезни 38,5—39,5 °С. На этом уровне температура сохраняется в течение 2—3 нед, а при отсутствии лечения и дольше. Температурная кривая при этом нередко приобретает волнообразный характер.

При осмотре больного на 3—4-й день болезни обращают на себя внимание бледность лица, безразличие к окружающему, пассивное положение в постели (адинамия). Кожа тела бледная сухая, горячая на ощупь. В легких могут выслушиваться единичные сухие хрипы. Пульс учащен, но число ударов его отстает от уровня температуры — относительная брадикардия. Тоны сердца приглушены; АД начинает снижаться.

В первые 6—8 дней болезни язык утолщен, отечен, на спинке обложен грязновато-белым налетом, по краям и с кончика — чистый; по боковой поверхности на языке заметны отпечатки зубов. В дальнейшем, особенно при тяжелом течении болезни, налет на языке становится коричневым, появляются глубокие трещины. Живот значительно вздут. При пальпации живота в правой подвздошной области определяется урчание газов в слепой и восходящей толстой кишке. Стул задержан. С 4-го дня болезни увеличиваются печень и селезенка.

С 8—10-го дня болезни на коже живота (реже на груди) появляются розовые круглые пятна (розеолы), имеющие 3—4 мм в диаметре, исчезающие на короткое время при надавливании на них или растяжении кожи. Число розеол на животе невелико: от 2 до 7—8.

Постепенно нарастают головная боль и бессонница; температурная кривая приобретает волнообразный характер.

Картина крови с 5—6-го дня болезни отличается лейкопенией, нейтропенией, анэозинофилией, преобладанием в формуле лимфоцитов, увеличением СОЭ до 20—25 мм/ч.

При отсутствии надлежащего лечения на 3-й неделе от начала заболевания возможны различные осложнения (кишечные кровотечения, перфорации язвы в стенке нижнего отдела тонкой кишки). После 4-й недели болезни температура тела обнаруживает большие суточные колебания, а затем приходит к норме; исчезают и другие симптомы, начинается период выздоровления. У 6—8 % больных развиваются рецидивы, у 8—10 % формируется хроническое бактерионосительство. Течение рецидива соответствует клиническим симптомам острого периода болезни, но может быть и более легким. Рецидив развивается на 6—7-й день после того, как установится нормальная температура, у леченных антибиотиками (левомицетином) — на 18—22-й день после окончания лихорадки.

Осложнение брюшного тифа кишечным кровотечением выявляют по наличию примеси алой крови в кале больного или же черного, дегтеобразного стула (мелена). При обильном кровотечении температура тела значительно снижается, АД падает, пульс становится очень частым; возможен коллапс.

Перфорация язвы в стенке тонкой кишки сопровождается болью в животе (нередко внезапной и острой), напряжением мышц передней брюшной стенки. Развивается парез кишечника и перитонит (симптом Щеткина — Блюмберга положительный), с явлениями коллапса. Температура тела снижается. В крови нарастает нейтрофильный лейкоцитоз. Такие больные должны быть срочно осмотрены хирургом, так как им необходима экстренная операция.

Наряду с выраженными клиническими формами брюшного тифа, описанными выше, наблюдаются легкие проявления этой болезни (субфебрилитет, недомогание при отсутствии ряда других симптомов). Диагноз у таких больных установить трудно; помогают лабораторные исследования.

Брюшной тиф у детей (особенно в возрасте до 9—10 лет) отличается рядом особенностей: болезнь начинается остро, с выраженной ин-

токсикацией, температура тела достигает высоких цифр через 3—4 дня и сохраняется преимущественно на постоянном уровне, часто отмечаются рвота и понос.

Диагноз. Необходимо учитывать анамнез больного, эпидемиологические данные, однако основную роль играют результаты лабораторных исследований. Среди этих методов решающее значение имеет положительный результат посева крови (5—10 мл из вены) для выделения возбудителя — получения роста гемокультуры. Лаборатория дает предварительный ответ через 2 сут, окончательный — через 4 дня. Гемокультуру удается выделить при посеве, произведенном уже на 1—2-й день от начала болезни. Применяют также посев испражнений на плотные питательные среды в чашках Петри.

В крови больного с 5—6-го дня болезни можно обнаружить антитела к возбудителю болезни; для этого у больного берут 2—2,5 мл крови и направляют ее в лабораторию, где ставят реакцию непрямой гемагглютинации (РНГА); за минимальный диагностический титр реакции принимают разведения сыворотки 1 : 400 с О-антигеном. После 8-го дня болезни можно ставить диагностическую реакцию Видаля. По обеим этим реакциям лаборатория дает ответ через 10—12 ч.

Дифференциальный диагноз при подозрении на брюшной тиф следует проводить: 1) в первые 3 дня заболевания — с гриппом, болезнью Брилля, лептоспирозом; 2) позже 3-го дня лихорадочного периода болезни — с инфекционным мононуклеозом, лихорадкой Ку, орнитозом, бруцеллезом.

Лечение. Все больные подлежат обязательной госпитализации, должны находиться на строгом постельном режиме. Сидеть в постели разрешается не ранее 8—10-го дня после установления стойко нормальной температуры, а ходить в палате — еще через 3—4 дня.

Диета должна быть механически и химически щадящей. Строгая диета должна соблюдаться вплоть до 12—15-го дня с момента нормализации температуры, затем постепенно переходить к назначению выздоравливающим общего стола (диета № 15). В лихорадочном периоде можно давать следующие продукты: хлеб белый получерствый (150—200 г для взрослого), белые сухари (75 г в день), сливочное масло (30—40 г), простоквашу, кефир, ацидофилин (в количестве до 500 мл одного из этих молочных продуктов в сутки), сметану (100 г в день), яйца всмятку или желтки двух сырых яиц; допускается употребление 25—30 г зернистой или паюсной черной или красной (кетовой) икры. За обедом больному можно дать 200 г бульона из нежирной говядины или курицы либо вермишелевый суп с мясными фрикаделями, слизистый суп из овсянки, суп из манной крупы. В качестве второго блюда дают паровые котлеты с добавлением 10—15 г сливочного масла, отварную рыбу, хорошо проваренную полужидкую гречневую кашу, отварную вермишель. Рекомендуются также протертые свежие яблоки, муссы, кисели на черносмородиновом или апельсиновом соке, натуральные фруктовые, ягодные или овощные соки. Для питья можно давать настой шиповника, сладкий чай, небольшое количество кофе.

Внутрь назначают левомицетин в разовой дозе 0,5 г, 2,5—3 г/сут. Через 1—3 дня лечения температура снижается, интоксикация становится менее выраженной, а затем исчезают и другие симптомы. Левомицетин в указанных дозах назначают до 2-го дня нормальной температуры, затем больной должен получать по 0,5 г 4 раза в день на протяжении еще 8—10 дней. Одновременно с левомицетином дают десенсибилизирующие препараты (димедрол, супрастин, дипразин), витамины, нистатин (по 500 000 ЕД 3—4 раза в день в течение 6—7 дней). Сочетая лечение левомицетином и двукратное (с интервалом 10 дней) введение под кожу 400 мкг очищенного препарата Ви-антигена, можно резко сократить частоту рецидивов и бактерионосительства.

При плохой переносимости левомицетина или отсутствии терапевтического эффекта применяют ампициллин в разовой дозе 1 г 4—5 раз в день до 10-го дня нормальной температуры. Во время лихорадочного периода назначают витамины группы В, аскорбиновую кислоту, рутин. По показаниям назначают снотворные средства, анальгетики, антигистаминные препараты, сердечно-сосудистые средства. Срочных мероприятий требует кишечное кровотечение (абсолютный покой больного, холод на живот, викасол, хлорид кальция, аминокапроновая кислота, дробные переливания крови).

Профилактика. Раннее выявление и госпитализация больных, проведение дезинфекции в очаге. Испражнения и рвотные массы больного обезвреживают сухой хлорной известью из расчета 1/5 к объему выделений, тщательно перемешивают и оставляют на 3 ч до спуска в канализацию или выгребную яму. Белье, испачканное выделениями больного, перед его кипячением замачивают в течение 2 ч в 1 % растворе хлорамина. Персонал инфекционного отделения должен строго соблюдать требования дезинфекции после осмотра, выполнения различных процедур, кормления и в процессе ухода за больным.

Необходимо поддерживать хорошее санитарное состояние населенных мест, обеспечить правильное водоснабжение и канализацию, проводить санитарно-просветительную работу, направленную на воспитание гигиенических навыков у населения. Здоровые люди, имевшие тесный контакт с больными брюшным тифом, должны быть под медицинским наблюдением в течение 25 дней с обязательным ежедневным измерением температуры, проведением однократного посева кала и мочи на брюшнотифозных бактерий. При появлении у них хотя бы незначительных признаков заболевания необходима госпитализация в инфекционное отделение больницы. Хронические бактерионосители подлежат систематическому наблюдению.

ВЕТРЯНАЯ ОСПА. Этиология. Возбудитель болезни — вирус, находящийся преимущественно в содержимом пузырьков, образующихся как на коже, так и на слизистых оболочках.

Эпидемиология. Инфекция передается преимущественно воздушно-капельным путем. Больной заразен с конца инкубационного периода и до полного отпадения корок.

С момента образования корок на местах высыпаний возбудитель передается от больного к здоровому контактным путем. Болезнь очень заразна, особенно в раннем периоде. При появлении хотя бы одного больного в квартире, яслях или детском саду, все находящиеся здесь дети должны считаться заразившимися. В детских учреждениях объявляется карантин на 21 день, а дети, проживающие в общежитиях, не должны общаться со здоровыми детьми на тот же срок.

Патогенез. Возбудитель, проникший через носоглотку, верхние дыхательные пути или кожу, циркулирует в крови; при заносе вируса в кожу или слизистые оболочки образуется сыпь, которая проходит определенные стадии своего развития вплоть до образования и отпадения корок.

Симптомы. Продолжительность инкубационного периода — от 11 до 21 дня (в среднем 15—17 дней). Изредка наблюдается кратковременный период предвестников (продрома), продолжающийся около суток; в периоде продромы на коже возникает мелкоточечная сыпь, исчезающая через несколько часов.

Чаще болезнь начинается остро — с повышения температуры до 38—39 °С, затем на различных участках тела, преимущественно на коже туловища, появляется довольно обильная сыпь в виде круглых розовых пятен диаметром 1—3 мм; такая же сыпь возникает на слизистых оболочках носоглотки и зева. Затем эта сыпь превращается в пузырьки, наполненные прозрачной жидкостью; вокруг каждого пузырька (везикулы) образуется узкая красная каемка (ободок гиперемированной кожи или слизистой оболочки). В центре некоторых пузырьков появляется вдавление («пупок»), вследствие чего элементы сыпи становятся похожими на те, которые возникают при натуральной оспе. Уже на 2-й день многие пузырьки лопаются или в результате зуда больной сдирает их ногтями, содержимое пузырьков засыхает на коже, образуя сухие темно-бурые корки. Характерен полиморфизм сыпи: одновременное наличие пузырьков и сухих корок на коже и слизистых оболочках.

На протяжении 6—7 дней могут наблюдаться повторные высыпания свежих пузырьков. На слизистых оболочках носоглотки, гортани, конъюнктивы век пузырьки легко лопаются, а эрозия служит входными воротами для вторичной инфекции. У истощенных ослабленных детей, страдающих алиментарной дистрофией, ветряная оспа может принимать очень тяжелое течение и в отдельных случаях ведет даже к смерти ребенка. Такой же тяжелый прогноз у детей, страдающих смешанной инфекцией (сочетание ветряной оспы с дифтерией, корью, скарлатиной). В редких случаях может развиться ветряночный круп с удушьем, стенотическим дыханием. Однако в подавляющем большинстве случаев ветряная оспа заканчивается полным выздоровлением.

Диагноз. Болезнь распознается на основе анамнеза, эпидемических данных, оценки клинических симптомов. Дифференцируют от буллезной формы стрептодермии, строфулюса. До полной ликвидации на земном шаре натуральной оспы крайне ответственным был дифференциальный диагноз между ветряной и натуральной оспой.

Лечение. Этиотропного лечения нет. Необходимо следить за чистотой постели и белья. Вскрывшиеся пузырьки смазывают тампоном, смоченным 1 % спиртовым раствором метиленового синего; для уменьшения зуда соответствующие участки кожи смазывают 5 % спиртовым раствором ментола. При тяжелых формах вводят гамма-глобулин (3—6 мл в/м). У больных пустулезной или гангренозной формой ветряной оспы применяют в/м инъекции пенициллина для подавления вторичной (бактериальной) инфекции. В редко встречающихся случаях ветряночного крупа может потребоваться трахеотомия.

Профилактика. В детских коллективах при появлении заболевания ветряной оспой устанавливают карантин и всех детей подвергают ежедневному осмотру и термометрии. Больных изолируют на дому, а заболевших детей из яслей и детских садов помещают в изолятор при этом же учреждении. Тяжелые формы ветряной оспы лечат в инфекционных больницах (отделениях). Больных со смешанными формами инфекции помещают в боксы или в отдельные палаты. С момента отпадения корок изоляцию больного прекращают.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ (болезнь Боткина). Этиология. Заболевание вызывается вирусом, выделить который в чистом виде пока не удалось. Существует по крайней мере три типа вируса — возбудителя болезни. Вирус типа А вызывает инфекционный гепатит, вирус типа В — сывороточный гепатит В. Маркером вируса В является так называемый австралийский антиген (антиген гепатита В), определяемый в сыворотке крови больных и вирусоносителей. Кроме двух перечисленных типов вируса, существует вирус (или вирусы), вызывающий гепатит, который не связан с вирусами А и В (гепатит «ни А, ни В»). По клиническим, биохимическим и эпидемиологическим признакам гепатит «ни А, ни В» является особой формой сывороточного гепатита. У больных этим заболеванием в сыворотках крови отсутствует антиген типа В, а у реконвалесцентов — антитела к нему.

Эпидемиология. Источником инфекции является человек. При инфекционном гепатите А основной механизм передачи — фекально-оральный. Вирус А содержится в кале, моче, крови больных в конце инкубационного, преджелтушного и в начале желтушного периодов болезни. При сывороточном гепатите основным механизмом передачи является парентеральный (переливания крови, операции, инъекции, взятие крови и т. д.). Вирус В содержится в крови больных как в инкубационном периоде заболевания (на протяжении последних нескольких недель), так и в течение всего острого периода и на протяжении дли-

тельного срока после выздоровления (до 10 лет и более). Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют больные в конце инкубационного периода и в преджелтушном периоде болезни, а также больные стертыми, субклиническими и безжелтушными формами болезни. Для инфекционного гепатита А характерна сезонность заболевания (летне-осеннее время), нередко в анамнезе имеются указания на контакт с больным «желтухой». Болеют преимущественно дети (4—15 лет) и лица молодого возраста. Для сывороточного гепатита сезонность отсутствует. Преимущественно болеют лица старше 30—40 лет и дети первого года жизни. В анамнезе указания на соответствующие парентеральные вмешательства.

Патогенез. После проникновения вируса в организм происходит его размножение в лимфатических узлах и последующая генерализация инфекции (первичная вирусемия). В последующем отмечается проникновение вируса в печень, селезенку и другие органы. В печени происходит дальнейшее размножение вируса с периодическим развитием вторичной вирусемии. Развивается поражение печеночных клеток (гепатоцитов) с нарушением функций органа, нередко — развитием желтухи. Наибольшее поражение паренхимы печени наблюдается при сывороточном гепатите В.

Симптомы. Инкубационный период при инфекционном гепатите в среднем 15—30 дней, при сывороточном гепатите В 60—180 дней. Более короткий инкубационный период наблюдается при сывороточном гепатите «ни А, ни В» (его средние сроки еще не установлены).

Заболевание обычно начинается постепенно, с развития преджелтушного периода. Выделяется несколько клинических вариантов его. При диспепсическом варианте отмечаются выраженное снижение аппетита, тошнота, рвота, боли в верхней половине живота, иногда — жидкий стул. При гриппоподобном (катаральном) варианте наблюдаются лихорадка, умеренные боли в горле, насморк, другие катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей. При артралгическом варианте отмечаются боли в суставах и мышцах. Астеновегетативный вариант характеризуется головокружениями, сильной общей слабостью, нарушениями сна, головной болью. Нередко наблюдается смешанное клиническое течение преджелтушного периода, когда сочетаются симптомы его основных вариантов. В 3—5 % случаев заболевание сразу начинается с желтухи, без проявлений преджелтушного периода. Продолжительность преджелтушного периода колеблется от нескольких дней до $1^1/_2$—2 нед. В конце преджелтушного периода моча становится темной («цвета пива»), во многих случаях обесцвечивается кал.

Желтушный период характеризуется постепенным развитием желтухи разной интенсивности — от крайне умеренной до резко выраженной. Вначале наблюдается желтушность склер, слизистых оболочек (уздечка языка, слизистая неба), затем желтуха распространяется на кожу лица, туловища. При интенсивной желтухе возможен зуд кожи. В этом периоде у больных отмечается увеличение печени и часто пальпируется селезенка. С появлением желтухи исчезают некоторые симптомы преджелтушного периода — лихорадка и артралгии. Наблюдается интоксикация различной степени — общая слабость, недомогание, снижение и отсутствие аппетита, тошнота, при тяжелых формах — повторная рвота. Наряду с нарастанием интоксикации и желтухи для тяжелых форм болезни характерно появление геморрагий на коже (спонтанных и в местах инъекций), изменения со стороны центральной нервной системы (упорные головные боли, головокружения, резкая апатия, сонливость или заметная эйфория, снижение памяти, тремор рук и т. д.). Значительно выраженные симптомы поражения центральной нервной системы свидетельствуют о возникновении острой печеночной энцефалопатии и являются предвестниками печеночной комы.

Продолжительность желтушного периода от нескольких дней до 4—6 нед. Гематологические сдвиги при вирусном гепатите выявляются уже в преджелтушном периоде, но особенно характерны для периода желтухи (лейкопения, относительный лимфоцитоз и моноцитоз, нормальная или замедленная СОЭ). Изменения биохимических показателей при вирусном гепатите также наблюдаются уже в преджелтушном периоде (повышение активности аспартатаминотрансферазы — АсАТ, аланинаминотрансферазы — АлАТ, альдолазы). В желтушном периоде наряду с повышением в крови уровня АсАТ и АлАТ отмечается повышение содержания билирубина (прямого и непрямого), изменение осадочных проб — тимоловой и сулемовой. Значительное повышение в крови уровня щелочной фосфатазы, билирубина и холестерина при умеренном повышении активности ферментов и неизмененных осадочных пробах наблюдаются при холестатических формах вирусного гепатита. Важным показателем тяжелого течения болезни является выраженное снижение уровня протромбина в крови.

Период выздоровления начинается с улучшения самочувствия больных, постепенного уменьшения желтухи. Длительное время могут сохраняться легкая желтушность (субиктеричность) склер, умеренное увеличение печени, астенизация, чувство тяжести в области печени.

Продолжительность вирусного гепатита при его остром течении $1^1/_2$—2 мес, при затяжном — 2—4 мес. Длительность болезни свыше 4—6 мес свидетельствует обычно о ее хроническом течении.

Осложнения. Наиболее тяжелым осложнением является печеночная кома, возникающая чаще при сывороточном гепатите В. Реже наблюдается отечно-асцитический синдром (асцит, анасарка).

Возможны исходы вирусного гепатита в хронический гепатит и цирроз печени.

Диагноз. При распознавании вирусного гепатита необходимо учитывать данные анамнеза (наличие отчетливо выраженного непродолжительного преджелтушного периода, постепенное развитие желтухи), увеличение пе-

чени и селезенки, характерную гемограмму. Особое диагностическое значение имеют результаты определения АлАТ и АсАТ, повышение содержания которых в крови отмечается уже в преджелтушном периоде. При сывороточном гепатите В диагностическое значение имеет выявление в крови больных антигена гепатита В («австралийский» антиген). Диагноз сывороточного гепатита ставится также на основании данных о различных парентеральных вмешательствах (переливания крови, инъекции, операции и т. д.), имевших место не менее чем за 45 дней до появления у больного первых симптомов болезни. Указание в анамнезе на контакт с больным инфекционным гепатитом в срок от 2 до 6 нед до начала болезни, а также отсутствие парентеральных вмешательств, молодой возраст больных и сезонность заболевания позволяют поставить диагноз инфекционного гепатита. При отсутствии четких данных за инфекционный или сывороточный гепатит следует ставить диагноз «вирусный гепатит».

Дифференциальный диагноз проводят с другими инфекционными заболеваниями, сопровождающимися желтухой (лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, иерсиниоз, сальмонеллез, энтеровирусные инфекции), с токсическими и медикаментозными гепатитами, пигментными гепатозами, надпеченочной и подпеченочной желтухами. Особенно труден и ответственен дифференциальный диагноз между холестатической формой вирусного гепатита и механической желтухой при новообразованиях.

Л е ч е н и е. Больных госпитализируют в инфекционные отделения. Этиотропное лечение отсутствует. Необходимо соблюдение постельного режима на протяжении всего острого периода болезни. Диета должна быть достаточно калорийной. Рекомендуются полноценные белки (мясо говяжье, курица, рыба в вареном виде, молочные продукты), жиры (масло сливочное), углеводы (овощи, фрукты, крупы, мучные изделия, сахар, мед). Исключаются жареные, копченые, маринованные блюда, пряности, экстрактивные вещества (крепкие мясные и рыбные навары), все консервированные продукты, трудноперевариваемые жиры (говяжий, бараний, свиной). Категорически запрещается употребление алкоголя. Прием жидкости (вода, чай, соки, кисели) увеличивают до 2—3 л/сут. Назначают витамины группы В, аскорбиновую и никотиновую кислоты. При выраженной интоксикации вводят в/в капельно 5 % раствор глюкозы, изотонический раствор натрия хлорида, плазмозаменители (гемодез), 10 % раствор альбумина. При тяжелых формах вирусного гепатита назначают кортикостероиды (преднизолон 40—60 мг/сут внутрь), при геморрагическом синдроме — викасол, 5 % раствор аминокапроновой кислоты.

При острой печеночной энцефалопатии и печеночной коме суточную дозу преднизолона увеличивают до 70—90 мг (при невозможности принимать препарат внутрь его назначают парентерально, увеличив суточную дозу в 3—4 раза), вводят в/в капельно дезинтоксикационные растворы, ингибиторы биологически активных веществ (трасилол, контрикал и др.), витамины, препараты калия, антибиотики (мономицин, канамицин), для подавления кишечной микрофлоры промывают желудок, делают сифонную клизму с 2 % раствором гидрокарбоната натрия, при гипергидратации показаны диуретические средства.

П р о ф и л а к т и к а. Большое значение имеет раннее и активное выявление больных вирусным гепатитом, их своевременная госпитализация. Срок госпитализации не менее 21 дня с момента появления желтухи. Наблюдение в очаге — не менее 45 сут с момента последнего общения с больным. Лица, перенесшие вирусный гепатит, не могут быть донорами. Необходим повседневный контроль за водоснабжением, санитарным состоянием пищевых объектов, детских дошкольных и школьных учреждений, строгий санитарно-эпидемиологический режим в лечебно-профилактических учреждениях. Чрезвычайно важна профилактика парентеральных заражений (автоклавирование, стерилизация медицинских инструментов). Экстренная профилактика в очаге инфекционного гепатита (пассивная иммунизация гамма-глобулином).

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (геморрагический нефрозонефрит). Э т и о л о г и я. Возбудитель болезни относится к вирусам. В чистом виде он еще не получен, и многие свойства его не изучены.

Э п и д е м и о л о г и я. Резервуаром инфекции являются некоторые виды мышевидных грызунов, обитающих в некоторых местностях СССР (Башкирская, Татарская и Удмуртская АССР, Новосибирская область и Хабаровский край, реже — Узбекистан, Приморье, различные районы Дальнего Востока, Калининская и Ярославская области, Западная Украина). Заражение человека возможно при контакте с инфицированными мышевидными грызунами, употреблении пищи, зараженной мочой этих животных, а также воздушно-пылевым способом — при вдыхании пыли, содержащей частицы вируса, попавшие в нее из мочи грызунов. Заболевание имеет сезонный характер, нарастание происходит в июле; могут отмечаться случаи заболевания до декабря.

П а т о г е н е з. Возбудитель болезни циркулирует в крови, вызывает нарушения эндотелия кровеносных капилляров, поражает костный мозг с уменьшением количества тромбоцитов, нарушением свертывания крови и внутрисосудистым ее свертыванием, а также поражает клубочковый и канальцевый эпителий в почках с выраженным нарушением их функций.

С и м п т о м ы. Инкубационный период в среднем 12—15 дней. Болезнь начинается остро — с озноба и быстрого повышения температуры до 39,5—40,5 °С, на этих цифрах температура сохраняется в течение 3—7 дней, после чего несколько снижается. Основные жалобы больного — ощущение жара во всем теле, чувство «разбитости», боли в мышцах живота и пояснице. Лицо гиперемировано, инъецированы сосуды конъюнктивы век и склер глаз. С 3—5-го дня болезни симптомы

нарастают, развивается геморрагический диатез. Нарушения со стороны почек появляются на 3—4 дня позже, но иногда отмечается их раннее поражение (на 2—4-й день болезни). Суточное количество мочи при этом значительно уменьшается (олигурия) вплоть до временного полного прекращения ее выделения (анурия); относительная плотность мочи резко снижена (1008—1002), отмечается гематурия. У значительной части больных развивается геморрагический синдром (петехиальные высыпания, кровоизлияния в склеру, носовые кровотечения), реже наблюдается макрогематурия и крайне редко — кишечные кровотечения. Нарушается свертывание крови, возникает внутрисосудистое свертывание крови в капиллярах. При европейском варианте болезни выраженные проявления геморрагического синдрома отмечаются не более чем у 17—20 % больных.

При исследовании крови в первые 2—3 дня болезни отмечается лейкопения, которую после 4-го дня сменяет умеренный лейкоцитоз. Возможна умеренная гипохромная анемия, тромбоцитопения.

Лихорадочный период при геморрагической лихорадке с почечным синдромом продолжается от 4 до 9—10 дней, в конце его температура за 2—3 дня снижается до нормы.

Тяжелое поражение почек с развитием острой почечной недостаточности в сочетании с геморрагическими и тромбогеморрагическими явлениями может стать причиной смерти больного. Однако в большинстве случаев при рациональной терапии больные выздоравливают.

Диагноз. При постановке диагноза учитывают анамнез больного, пребывание за последние 3 нед в местности, где встречаются случаи геморрагической лихорадки с почечным синдромом. Вначале болезнь дифференцируют от гриппа и аденовирусной инфекции. До развития выраженных почечных симптомов дифференцируют от болезни Брилля, сыпного тифа, лептоспироза. С появлением геморрагических симптомов необходимо иметь в виду сходные с нею заболевания — омскую и крымскую геморрагические лихорадки.

Лечение. Все больные должны быть госпитализированы и находиться на строгом постельном режиме; с 4—5-го дня заболевания их переводят на молочно-растительную диету, богатую витаминами, в/в вводят 5 % раствор глюкозы, изотонический раствор натрия хлорида (до 1000 мл/сут), 2 % раствор гидрокарбоната натрия, кортикостероиды, сердечно-сосудистые средства, при сильных болях — промедол или пантопон, при отеке легких — дегидратационные средства (фуросемид, маннитол, мочевина), антибиотики при появлении бактериальных осложнений. Развитие острой почечной недостаточности является показанием к экстракорпоральному гемодиализу с помощью аппарата «искусственная почка», перитонеальному диализу.

Профилактика. Проведение мероприятий по уничтожению грызунов; защита от них пищевых продуктов.

ГРИПП. Этиология. Возбудителем гриппа является РНК-содержащий вирус типов А, В и С. Вирус гриппа А имеет подтипы А0, А1 и А2 (с рядом его серологических вариантов). Вирусы паразитируют в эпителии слизистых оболочек носоглотки и верхних дыхательных путей, обладают сильным, поражающим кровеносные сосуды и капилляры токсином.

Эпидемиология. Источником инфекции является только больной человек (с последних часов инкубационного периода по 4—5-й день болезни). Механизм передачи инфекции — воздушно-капельный. Заболевания протекают в виде эпидемий, возникающих через каждые 2—3 года. Характерна выраженная сезонность гриппа (зима — начало весны).

Иммунитет после перенесенного гриппа очень непрочен, возможны повторные заболевания даже на протяжении одного и того же года; этому способствует то, что различные типы и подтипы, а также серологические варианты возбудителя (А0, А1, А2 или «Гонконг», и В) не создают друг против друга перекрестного иммунитета и обладают большой изменчивостью иммуногенных свойств, делающей недостаточно эффективными и прививки против гриппа.

Патогенез. Проникнув в верхние дыхательные пути, вирус гриппа поражает слизистую оболочку дыхательных путей, размножаясь в эпителиальных клетках. Возникает дистрофия клеток цилиндрического эпителия, снижается барьерная функция слизистой оболочки. Вирус гриппа и его токсин поступают в кровь с развитием общего токсикоза. В органах и тканях организма токсином вируса поражаются капилляры и мелкие сосуды, а также различные отделы ЦНС и вегетативной нервной системы. Катаральные проявления в дыхательных путях, поражение нервной системы, расстройства циркуляции во многих органах (головной мозг, легкие, сердце, надпочечники и т. д.) обусловливают основные клинические симптомы болезни.

Симптомы. Инкубационный период от нескольких часов до 2 дней. Болезнь начинается остро — с озноба или ощущения зябкости, повышения температуры тела до 38,0—39,8 °С. Появляются слабость, чувство «разбитости» во всем теле, головная боль, нередко головокружение, шум в ушах. Типично ощущение сухости, першения в горле, заложенности и «царапающих» болей за грудиной (развитие катара слизистой оболочки верхних дыхательных путей). При этом катаральный синдром развивается через несколько часов после начала заболевания и даже на 2-е сутки болезни, отставая во времени от развития симптомов общей интоксикации. У некоторых больных снижается обоняние, обостряется слуховая и зрительная чувствительность. Иногда появляется боль в глазных яблоках, усиливающаяся при движении глаз.

В отдельных случаях развиваются насморк, кашель, конъюнктивит; возможна светобоязнь и слезотечение. При осмотре зева выявляют гиперемию и зернистость слизистой оболочки миндалин, небольшую отечность

язычка. Язык обложен сероватым налетом. Кожа лица гиперемирована, нередко отмечается инъекция сосудов склер. Дыхание учащено. В неосложненных случаях со стороны легких отмечается жесткое дыхание. Пульс учащен соответственно уровню температуры или несколько отстает от ее повышения. Со стороны сердца отмечается приглушение тонов, АД умеренно снижено.

В периферической крови лейкопения, эозинопения, нейтропения с относительным лимфоцитозом; СОЭ повышена.

При среднетяжелом течении гриппа температура тела приходит к норме в конце 3-го дня болезни, интоксикация и другие симптомы исчезают, начинается период выздоровления.

Тяжелое течение гриппа с выраженной интоксикацией может сопровождаться развитием серьезных осложнений. К их числу относятся ранние гриппозные вирусно-бактериальные пневмонии, развивающиеся в первые дни болезни. Особенно опасны вирусно-стафилококковые пневмонии. Они характеризуются резко выраженной общей интоксикацией, быстрым распространением в легочной ткани, ее значительной деструкцией и ранним абсцедированием. К числу редких, но тяжелых осложнений относятся также геморрагический трахеобронхит и геморрагический гриппозный отек легких.

Крайне тяжелое течение гриппа, протекающее с инфекционно-токсическим шоком, может сопровождаться острой сердечно-сосудистой недостаточностью, острой дыхательной недостаточностью, отеком мозга.

Наиболее частые о с л о ж н е н и я гриппа неопасны для жизни и связаны с оживлением вторичной бактериальной инфекции (гаймориты, отиты, постгриппозные бактериальные пневмонии и т. д.) или возникают в результате непосредственного действия вируса гриппа на различные элементы нервной системы (невралгии, невриты, симпатоганглиониты и др.).

В подавляющем большинстве случаев грипп заканчивается выздоровлением, хотя слабость, постгриппозная астения могут оставаться в течение 6—12 дней после нормализации температуры.

Д и а г н о з. При распознавании гриппа следует учитывать анамнез, эпидемиологические данные, сезон года, принять во внимание клиническое течение болезни, кратковременность лихорадочного периода (2—3, изредка 4 дня повышения температуры). В межсезонное время большое значение для постановки диагноза имеют лабораторные методы исследования. К их числу относятся: метод ранней иммунофлюоресцентной экспресс-диагностики (возбудитель обнаруживается в слизи носа и зева через 3—4 ч), методы серологической диагностики (РСК и реакция торможения гемагглютинации) с исследованием парных сывороток больных, взятых с интервалом 5—7 дней.

Неосложненный грипп дифференцируют от болезни Брилля, сыпного тифа, инфекционного мононуклеоза, лептоспироза, аденовирусных заболеваний, а в отдельных случаях — от ранних проявлений брюшного тифа.

Л е ч е н и е. Больных изолируют и назначают лечение на дому, но при тяжелом течении и серьезных осложнениях необходима госпитализация в инфекционное отделение больницы. В течение всего лихорадочного периода и еще 1—2 дня после его окончания больной должен находиться на постельном режиме, а затем не менее 1—3 дней дома (прежде чем приступить к своим обычным обязанностям).

Больного следует тепло укутать, периодически прикладывать грелки к ногам, давать обильное горячее питье (сладкий чай с лимоном, вареньем или джемом, медом); полезны также кофе или какао с молоком, теплое молоко с медом, отвар липового цвета. Рекомендуется ряд симптоматических средств: анальгетики (при сильной головной боли), кодеин, отхаркивающие средства, укрепляющие стенки капилляров и сосудов (аскорбиновая кислота, рутин), антигистаминные препараты. Диета больных должна состоять из легкоусвояемых продуктов, насыщенных витаминами.

При раннем назначении (в 1-е сутки болезни) определенный эффект отмечается от лечения химиопрепаратом противовирусного действия ремантадином. Ремантадин назначают по следующей схеме: 1-й день — 300 мг, 2-й день — 200 мг, 3-й и 4-й дни — по 100 мг. Для уменьшения катаральных явлений в носоглотке рекомендуется оксолиновая мазь. Детям младших возрастных групп, пожилым, ослабленным больным с тяжелыми сопутствующими заболеваниями в 1-е сутки болезни показано введение противогриппозного донорского гамма-глобулина (доза для взрослых — 3 мл в/м). При тяжелом течении гриппа противогриппозный гамма-глобулин вводят повторно каждые 6—8 ч.

При подозрении на осложнение гриппа бактериальной инфекцией, а также при тяжелом течении гриппа и при лечении больных, страдающих хроническими очаговыми инфекциями, применяют антибиотики (пенициллин, олеандомицин, эритромицин, олететрин и др.). Если присоединяется стафилококковая инфекция, проводят лечение большими дозами цефалоридина (цепорина), полусинтетических пенициллинов. По показаниям назначают сердечно-сосудистые средства, при тяжелых формах гриппа — кортикостероиды, оксигенотерапию, дезинтоксикационные растворы (гемодез), аскорбиновую кислоту в/в.

П р о ф и л а к т и к а. Больных изолируют, медицинское обслуживание их проводят на дому. Разобщение больного от здоровых людей препятствует распространению инфекции. Больного помещают в отдельную комнату или отгораживают ширмой, выделяют для него отдельную посуду, которую дезинфицируют в течение 1 ч 1 % раствором хлорамина, а затем кипятят. Таким же способом дезинфицируют носовые платки и полотенца, которыми пользовался больной. Комната, где находится больной, должна хорошо проветриваться; желательна дезинфекция воздуха с помощью бактерицидной (ультрафиолетовой) лампы. Ухаживающие за больным должны при общении с ним носить марлевые маски из 6 слоев марли, закрывающие рот и нос, тщательно мыть руки

после кормления больного и выполнения различных лечебных процедур.

В период развития эпидемической вспышки в детских учреждениях устанавливается карантин; запрещается посещать больных, находящихся на лечении в стационаре. Эффективность существующих профилактических противогриппозных вакцин ограничена.

В очагах инфекции (квартира, общежитие) рекомендуется профилактическое назначение ремантадина (по 100 мг/сут на протяжении 2—4 нед). Ремантадин неэффективен при гриппе, вызванном вирусом типа В.

ДИЗЕНТЕРИЯ АМЕБНАЯ см. *Амебиаз.*

ДИЗЕНТЕРИЯ. Этиология. Болезнь вызывается одним из видов дизентерийных бактерий (Флекснера, Зонне, Григорьева — Шига, Бойда). За последние годы в СССР чаще выделяют от больных бактерии Зонне, реже — бактерии Флекснера. Все эти бактерии неподвижны, образуют эндотоксины; возбудители дизентерии Григорьева — Шига, в настоящее время встречающиеся редко, способны продуцировать экзотоксин.

Эпидемиология. Источниками инфекции являются больные в остром периоде заболевания, а также бактерионосители, из кишечника которых возбудители выделяются во внешнюю среду, где могут длительное время сохраняться на поверхности овощей, фруктов, различных предметов обихода, в воде; в некоторых пищевых продуктах (особенно в молоке) они могут активно размножаться. Заражение происходит при попадании дизентерийных бактерий через рот в пищеварительный тракт. Заболевания могут возникать в течение всего года, но чаще наблюдаются в теплое время года (для средней полосы СССР — с середины июня до середины сентября). Существенную роль в распространении инфекции играют грязные руки и пищевые продукты, зараженные дизентерийными бактериями (особенно возбудителями вида Зонне), отчасти мухи как переносчики инфекции. Случаи дизентерии Зонне чаще всего связаны с употреблением инфицированного молока, молочных продуктов, салатов и других готовых блюд.

Патогенез. Возбудитель болезни поселяется в слизистой оболочке нижнего отдела толстой кишки. Под влиянием продуктов жизнедеятельности дизентерийных бактерий развиваются воспалительные изменения нижнего участка слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки катарального или катарально-геморрагического характера, иногда с образованием эрозий и язв. Мышечная стенка сигмовидной кишки приходит в состояние стойкого спазма. Эндотоксины дизентерийных бактерий циркулируют в крови и вызывают поражение сердечно-сосудистой и нервной системы.

Симптомы. Инкубационный период 2—3 дня. Болезнь начинается остро, с общего недомогания, ощущения зябкости, слабости, потери аппетита. Температура тела на протяжении 6—7 ч повышается до 38,5—39,5 °С, появляется нерезкая боль в левой подвздошной области, при дизентерии Зонне возможна рвота. С первых же часов заболевания появляются жидкие испражнения; сначала они содержат только каловые массы, через 12—20 ч в них становится заметной примесь слизи, а в части случаев и крови в виде прожилок, пронизывающих слизь, и в виде сгустков. Стул учащен до 10—12 раз в сутки на протяжении первых 2—3 дней болезни; в более поздние сроки заболевания из прямой кишки больного может выделяться небольшой комочек слизи с прожилками крови. На высоте развития заболевания возникают судорожные сокращения, спазмы сигмовидной кишки (тенезмы). Одновременно появляются ложные позывы на низ.

При осмотре больного отмечают несколько бледную, горячую на ощупь кожу, пульс учащенный соответственно уровню температуры, равномерно обложенный язык. При пальпации живота определяется болезненность в его нижней половине, спастическое сокращение сигмовидной кишки. При ректороманоскопическом исследовании выявляют различного характера изменения слизистой оболочки сигмовидной и прямой кишки, чаще — гиперемию, катар и мелкие участки геморрагий на слизистой оболочке.

Лихорадочный период продолжается 2—4 дня, затем температура нормализуется, стул становится реже (2—3 раза в сутки), из испражнений исчезает примесь слизи и крови, они становятся кашицеобразными; позднее исчезает спазм сигмовидной кишки. К 6—7-му дню болезни наступает период выздоровления; у некоторых больных неустойчивый, по временам полужидкий стул может отмечаться до 10—12-го дня болезни.

В ряде случаев дизентерия Зонне протекает в гастроэнтероколитической форме. Болезнь начинается бурно, быстро повышается температура, появляются боли по всему животу, тошнота, многократная рвота, профузный понос; стул водянистый, обильный. Течение этой формы болезни обычно непродолжительно. Нередко ее ошибочно принимают за пищевую токсикоинфекцию.

При поздно начатом лечении, сопутствующих заболеваниях желудочно-кишечного тракта острая дизентерия сразу или после временного (на 3—5 дней) улучшения переходит в затяжную форму, которая характеризуется сменой обострений с повторным выделением полужидких или жидких испражнений, содержащих примесь слизи и крови. При этой форме болезнь продолжается до 2—3 мес.

В 1,5—2 % случаев у больных острой дизентерией развивается хроническая дизентерия, характеризующаяся длительными периодами обострений (по $1^1/_2$—2 мес) и такими же продолжительными светлыми промежутками кажущегося здоровья; общая продолжительность хронической дизентерии может достигать 3—4 лет. Каждое обострение ее сопровождается болью в левой подвздошной области, выделением от 2 до 4—5 раз в сутки жидких испражнений со слизью и кровью, иногда с примесью гноя, нередко значительным похуданием больного.

Развитию хронической дизентерии способствуют неправильное или недостаточное лечение, сопутствующие заболевания кишечника

(в том числе гельминтозы), несоблюдение диеты, интоксикация (курение, употребление алкоголя).

У детей при острой дизентерии чаще встречаются тяжелые формы болезни, выраженное обезвоживание организма, интоксикация, похудание, довольно обильное выделение слизи в испражнениях; дети более склонны к развитию затяжных и хронических форм болезни, чем взрослые. Дети, больные острой дизентерией, нередко страдают одновременно колиэнтеритами.

Диагноз. Для диагноза имеют значение эпидемиологические данные, развитие характерных клинических симптомов, данные ректороманоскопии, положительные результаты бактериологического исследования испражнений, данные серологических исследований (реакция пассивной гемагглютинации с парными сыворотками, взятыми в первые дни болезни и спустя 7—10 дней).

Дифференциальный диагноз проводят с пищевыми токсикоинфекциями (см.), особенно при дизентерии, вызванной бактериями Зонне; амебиазом (см.), холерой (см.), с отравлениями солями тяжелых металлов и некоторыми ядовитыми грибами.

Затяжную и хроническую дизентерии дифференцируют от неспецифического язвенного колита, в отдельных случаях от полипоза и рака прямой и сигмовидной кишки.

Лечение. Больных острой дизентерией госпитализируют по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Обязательно госпитализируют больных затяжной и хронической дизентерией в период обострения. Больным назначают постельный или полупостельный режим. В остром периоде болезни (2—4 дня) показана щадящая диета с ограничением жиров, углеводов и соли. Рекомендуются слизистые супы, каши на воде, суп из вермишели, протертый творог, картофельное пюре, черствый белый хлеб, тертые антоновские яблоки. С 4—5-го дня болезни диета расширяется. Рекомендуются паровые котлеты, тефтели, отварное мясо, отварная рыба, омлеты, кефир, натуральные фруктово-ягодные и овощные соки. С начала или середины 2-й недели назначают полноценную диету с исключением закусок, острых блюд и блюд, богатых клетчаткой, консервов, алкоголя. При стертой и легкой формах острой дизентерии антибиотики и химиопрепараты не назначают. Рекомендуются витамины группы В, аскорбиновая кислота, ферментные препараты (желудочный сок, панкреатин, мексаза, фестал и др.). При дизентерии средней тяжести течения назначают антибиотики (тетрациклин по 0,3 г 4 раза в день, курс лечения 5—7 дней), химиопрепараты нитрофуранового ряда (фуразолидон по 0,1 г 4 раза в день, курс лечения 5—7 дней), производные 8-оксихинолина (энтеросептол, интестопан по 2 таблетки 4 раза в день, курс лечения 5—7 дней). При сохраняющемся жидком стуле после окончания курса лечения антибиотиками и химиопрепаратами необходимо исключить развившийся дисбактериоз. При этом состоянии рекомендуются бактериальные препараты (колибактерин, бифидумбактерин, бификол). При затяжном и хроническом течении дизентерии используют дизентерийную вакцину (в том числе и в сочетании с антибиотиками). При выраженной интоксикации, профузном поносе, повторной рвоте — внутривенное вливание солевых растворов («трисоль», «квартасоль», изотонический раствор натрия хлорида) до 1—2 л, гемодез, поливинилпирролидон — 300—400 мл). По показаниям назначают сердечно-сосудистые средства, кортикостероиды. У больных затяжной и хронической дизентерией необходимо лечение сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, лечение глистных инвазий.

Профилактика. Изоляция больных, правильное лечение, соблюдение правил выписки переболевших из стационара, выявление и учет бактерионосителей имеют существенное значение для профилактики. Важно также обеспечить хорошее санитарное состояние и очистку населенных мест, правильное водоснабжение и канализацию, соблюдение требований пищевой гигиены, санитарное просвещение с выполнением обязательных правил личной гигиены, тщательный бактериологический контроль за переболевшими, являющимися работниками системы водоснабжения, пищевых предприятий, молочных кухонь, буфетов, кафе и ресторанов, детских и лечебно-профилактических учреждений; бактериовыделители из числа перечисленных лиц временно отстраняются от работы в этих учреждениях.

ДИФТЕРИЯ. Этиология. Возбудитель — коринебактерии дифтерии — образует сильный экзотоксин.

Эпидемиология. Инфекция передается воздушно-капельным путем; источники инфекции — больные и бактерионосители. В отдельных случаях болезнь передается через различные предметы, игрушки и даже при посредстве третьих лиц. Заболеваемость повышается в холодное и сырое время года. Болезнь может поражать людей любого возраста, но чаще болеют дети. Часть перенесших дифтерию становятся бактерионосителями.

Патогенез. Возбудитель вызывает в области входных ворот инфекции (например, в зеве) фибринозное воспаление с образованием пленок. Экзотоксин возбудителя, циркулирующий в крови, поражает сердечно-сосудистую и нервную системы.

Симптомы. Инкубационный период в среднем 3—5 дней.

Различают дифтерию зева (наиболее распространенная форма), дифтерию гортани (круп), дифтерию носа и дифтерию глаз. Кроме того, очень редко встречается дифтерия раны, кожи, половых органов. По степени интоксикации выделяют легкие, субтоксические и токсические формы.

При *дифтерии зева* в зависимости от локализации налетов (фибринозных пленок) различают локализованную и распространенную форму болезни.

Локализованная форма начинается остро — с повышения температуры до фебрильных цифр, недомогания и незначительной болезненности при глотании. Через 24—36 ч

можно отметить гиперемию зева, беловато-серые налеты; эти фибринозные пленки довольно плотны, их нелегко снять ватным тампоном или шпателем; после снятия налета обнажается слегка кровоточащая поверхность. Соответственно стороне поражения миндалин увеличиваются в размерах подчелюстные, а иногда и переднешейные лимфатические узлы.

Наряду с типичным течением локализованной формы дифтерии с образованием фибринозных пленок болезнь может протекать лишь с катаральными проявлениями (гиперемия и отечность миндалин, умеренные боли при глотании, незначительное увеличение регионарных лимфатических узлов). Интоксикация при этом выражена незначительно, температура обычно субфебрильная. Другой атипичной формой дифтерии зева является островчатая. При этой форме дифтерии фибринозные пленки имеют вид единичных или множественных островков, интоксикация обычно незначительная, умеренно увеличены регионарные лимфатические узлы.

Распространенная форма дифтерии зева протекает с выраженной общей интоксикацией, повышением температуры до 39 °С. Отмечаются отечность области зева и гиперемия миндалин, на которых, так же как на небных дужках, мягком небе, слизистой оболочке носоглотки, располагаются грязно-белого цвета плотные налеты, с трудом отделяемые тампоном.

Тяжелым течением отличается токсическая форма дифтерии зева. Осматривая больного, можно отметить сладковатый запах изо рта, значительный отек шейной клетчатки, тахикардию. При несвоевременном или недостаточном энергичном лечении у больных дифтерией зева с 12—15-го дня болезни, а иногда и несколько раньше развивается миокардит, проявляющийся тахикардией, в части случаев аритмией, ритмом галопа, расширением границ сердца, приглушением его тонов, систолическим шумом на верхушке. Позднее, с 22—28-го дня болезни, в отдельных случаях развивается полиневрит с парезом мышц глотки и гортани.

Геморрагическая форма протекает особенно тяжело, сопровождается носовыми кровотечениями, петехиальной сыпью на коже, фибринозными пленками геморрагического характера в зеве. При исследовании крови отмечается лейкопения, анэозинофилия, тромбоцитопения, иногда моноцитоз.

У детей грудного возраста может иногда наблюдаться *дифтерия носа,* протекающая в пленчатой форме (затрудненность носового дыхания, серозные, позднее — сукровичные и гнойные выделения из носа) или катаральной форме (рызрыхленность слизистой оболочки, пленчатые налеты на слизистой носовых раковин и перегородки, иногда сукровичные корочки — эрозии).

Самостоятельно или в сочетании с дифтерией зева в отдельных случаях, главным образом у маленьких детей, может развиться *дифтерия гортани* (истинный дифтерийный круп). При этом пленчатые фибринозные наложения распространяются на слизистую оболочку гортани, вызывая сухой, лающий кашель, осиплость голоса, последующее ослабление его до шепотной речи. Дальнейшее прогрессирование крупа может привести к стенозу гортани, острой асфиксии, кислородной недостаточности, угрожая жизни больного.

Распространенная форма крупа сопровождается пленчатым поражением гортани и трахеи, иногда с переходом пленок на бронхиальное дерево. В случае *дифтерии глаза* отмечают островчатые пленчатые налеты на конъюнктиве век, ее гиперемию и отечность.

Различные клинические формы дифтерии могут вызвать те или иные осложнения. Токсическая форма иногда вызывает остановку сердца, развивающуюся даже в такие ранние сроки как 3—4-й день болезни. Несколько позже может возникнуть дифтерийный миокардит.

Иногда дифтерия осложняется параличом мышц гортани и глотки, нарушением аккомодации глаз. Между 15-м и 22-м днем болезни, особенно при токсической форме дифтерии, может развиться паралич мягкого неба (больной не может глотать, мягкое небо отвисает, голос становится гнусавым).

Диагноз. Предварительный диагноз типичных форм дифтерии должен ставиться клинически, так как своевременно должен решаться вопрос о необходимости введения антитоксической противодифтерийной сыворотки. Сложен диагноз при атипичных формах дифтерии (катаральной и островчатой). Большое значение имеют эпидемиологические данные (наличие контактов с больными или носителями дифтерийного микроба, учет эпидемиологической обстановки в населенном пункте и др.).

Болезнь подтверждается обнаружением роста дифтерийных бактерий при посеве слизи из зева и носа на специальную питательную среду (свернутая сыворотка крови человека). Пробы слизи берут раздельно из зева и носа ватным тампоном, предварительно пропитанным сывороткой. Лаборатория дает предварительный ответ по результатам бактериологического исследования через 24—48 ч, окончательный — через 4—5 дней.

Вспомогательное значение имеет теллуритовая проба — ватным тампоном, смоченным 2 % раствором теллурита, смазывают налеты, пленки в зеве: при наличии дифтерии эти пленки чернеют.

Используют также серологические методы диагностики (реакция агглютинации; определение уровня антитоксина в крови).

Дифференциальный диагноз проводят со стрептококковыми ангинами, инфекционным мононуклеозом, ангинозно-бубонной формой туляремии. При подозрении на дифтерийный круп следует дифференцировать от ложного крупа при острых респираторных заболеваниях, кори.

Лечение. Больных дифтерией госпитализируют при любой клинической форме. Назначают постельный режим, полужидкую высококалорийную пищу, богатую витаминами, частое дробное кормление. Больной дифтерией зева должен прополаскивать рот 1 % теплым

раствором борной кислоты; маленьким детям производят спринцевание рта тем же раствором.

По возможности раньше нужно приступать к введению лечебной противодифтерийной антитоксической сыворотки. Предварительно следует провести десенсибилизацию по следующей схеме. Внутрикожно вводят 0,1 мл разведенной сыворотки (1:100). Если через 30 мин реакция будет отрицательной или гиперемия в месте введения сыворотки менее 1 см в диаметре, под кожу вводят 0,1 мл неразведенной сыворотки. При отсутствии анафилактической реакции на ее введение через 40—60 мин вся доза сыворотки вводится в/м.

При локализованных формах дифтерии первая разовая доза составляет 10 000—30 000 МЕ сыворотки, при распространенной — 30 000—40 000 МЕ, при субтоксической — 40 000—50 000 МЕ, токсической I степени — 50 000—70 000 МЕ, II степени — 60 000—80 000 МЕ, III степени и геморрагической 100 000—120 000 МЕ, при дифтерии гортани 40 000—50 000 МЕ, дифтерии носа — 10 000—20 000 МЕ. Курсовые дозы в 2—3 раза больше разовых. При локализованных формах достаточно ограничиться однократным введением сыворотки, при отсутствии эффекта введение сыворотки может быть повторено через сутки. При токсических формах сыворотку вводят 3—4 дня, причем в первые 2 дня по 2 раза в сутки.

Антибиотики самостоятельного значения в лечении дифтерии не имеют. Одновременно с назначением сыворотки может применяться тетрациклин. Этот препарат применяется также для лечения бактерионосителей. При токсических формах дифтерии применяют кортикостероиды, большие дозы аскорбиновой кислоты, никотиновую кислоту, витамины группы В, плазму, дезинтоксикационные растворы (гемодез), оксигенотерапию. При дифтерии гортани назначают литические смеси (с включением в их состав аминазина, промедола, антигистаминных препаратов). При отсутствии эффекта от консервативной терапии и усилении явлений стеноза необходима интубация или трахеостомия.

Профилактика. После госпитализации больного в очаге производят дезинфекцию; за лицами, находившимися в контакте с больными, ведут медицинское наблюдение, у них исследуют слизь из зева и носа. В детских учреждениях, отделениях или группах, где выявлен больной дифтерией, устанавливают карантин на 7 дней. Необходимо выявить бактерионосителей палочек Леффлера, проводя бактериологические исследования как среди взрослых, обслуживающих детские коллективы, так и среди детей, не допуская их в детские учреждения. Определяющее значение в профилактике дифтерии имеет активная иммунизация детей с использованием вакцин АКДС и АДС.

ИЕРСИНИОЗ. Этиология, патогенез. Возбудитель — бактерия иерсиния (Yersinia enterocolitica). Проникает в желудочно-кишечный тракт и поражает нижние отделы тонкой кишки, мезентериальные лимфатические узлы, иногда — червеобразный отросток. Микроб выделяет эндотоксин, распространяющийся гематогенно. Происходит генерализация инфекции с развитием бактериемии. В возникновении ряда осложнений болезни большую роль играет развивающаяся инфекционная аллергия.

Эпидемиология. Источником инфекции являются животные (мышевидные грызуны, свиньи). Большое значение имеет инфицирование овощей, мясных и молочных продуктов в местах их хранения. Заражение происходит алиментарным путем. Больные иерсиниозом люди неконтагиозны.

Симптомы. Инкубационный период 1—3 дня. Заболевание начинается остро, уже в первые часы температура повышается до 38,5—39,5 °С. Отмечаются головная боль, головокружения. У некоторых больных сильный озноб. Характерны общая слабость, мышечные боли. У многих больных — приступообразные боли в животе без четкой локализации, реже — в области пупка, в правой подвздошной области. Нередко тошнота, рвота, появление частого жидкого стула. В случаях поражения червеобразного отростка — сильные боли при пальпации живота в правой подвздошной области, положительные симптомы раздражения брюшины. В первые 3—4 дня болезни возможно появление разнообразной сыпи (мелкоточечной, розеолезно-папулезной, пятнисто-папулезной, иногда с присоединением геморрагий). Характерно увеличение периферических лимфатических узлов.

Существуют клинические варианты иерсиниоза с развитием желтухи, артритов, менингита.

В крови у большинства больных — нейтрофильный лейкоцитоз, повышенная СОЭ.

Наиболее тяжело протекают так называемые септические формы иерсиниоза. Для них типичны высокая, длительная лихорадка, обильные высыпания, резко выраженная интоксикация, увеличение печени, селезенки и поражение многих других органов и систем (нервной системы, почек, легких, суставов и др.).

Длительность заболевания от 1—$1^1/_2$ нед до 1 мес и более (при септических формах).

Осложнения. Развитие полиартритов, миокардита, прободение червеобразного отростка, кишечные кровотечения, при септических формах — острая почечная недостаточность.

Диагноз. Ввиду разнообразия клинических симптомов иерсиниоз необходимо дифференцировать от ряда заболеваний; пищевых токсикоинфекций, дизентерии, острого аппендицита, вирусного гепатита, ревматизма, инфекционно-аллергического артрита; при тяжелом течении — от тифо-паратифозных болезней, менингококковой инфекции, сепсиса, коллагенозов. У детей и молодых лиц при появлении мелкоточечной сыпи возникает необходимость в дифференцировании иерсиниоза от скарлатины. Лабораторная диагностика заключается в выделении бактерий из кала, крови, спинномозговой жидкости (при менингеальных проявлениях). Применяются также серологические методы диагностики (реакция

агглютинации, реакция пассивной гемагглютинации).

Лечение. Этиотропное лечение заключается в назначении левомицетина (по 0,5 г 4 раза в день), тетрациклина (по 0,3 г 4 раза в день). При тяжелых формах заболевания, повторной рвоте антибиотики необходимо вводить парентерально (левомицетина сукцинат по 1,0 г в/м 3 раза в день). Продолжительность лечения антибиотиками от 5—7 до 12—14 дней (при тяжелых формах). Назначают витамины группы В, аскорбиновую кислоту, антигистаминные препараты, дезинтоксикационную терапию (в/в капельное введение 5 % раствора глюкозы, изотонического раствора натрия хлорида, гемодеза).

Профилактика. Борьба с грызунами, санитарный надзор за водоснабжением и питанием, контроль за режимом обработки и хранения пищевых продуктов, своевременная изоляция больных в инфекционном отделении.

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ. Этиология. Возбудитель — вирус, культивировать который пока не удается.

Эпидемиология. Источником инфекции являются больные, преимущественно в первые 10—12 дней заболевания; инфекция распространяется воздушно-капельным путем. Помимо единичных (спорадических) случаев, возможны вспышки, охватывающие иногда большие коллективы (например, в детских садах). Отмечается четкая сезонность заболеваний, которые нарастают в осенне-зимние месяцы и ранней весной.

Патогенез. Возбудитель внедряется через слизистую оболочку полости рта и миндалины, проникает в регионарные (переднеи заднешейные) лимфатические узлы, а затем в ток крови. Кроветворные органы отвечают на инфекцию рядом характерных нарушений.

Симптомы. Инкубационный период 7—15 дней. Начало болезни довольно острое с ознобом и повышением температуры до 38,5—39,5 °С за сутки; одним из ранних проявлений болезни служит боль при глотании (ангина). При осмотре зева заметны увеличение, отек и гиперемия одной или обеих миндалин; на их поверхности образуется некротический грязновато-белый налет. Иногда развивается язвенная или лакунарная ангина. В ряде случаев имеется лишь гиперемия зева, без появления налетов. Вместе с ангиной увеличиваются подчелюстные и шейные лимфатические узлы; они приобретают плотноэластическую консистенцию, не спаиваются между собой и с окружающей клетчаткой. Помимо шейных, могут увеличиваться и другие периферические лимфатические узлы (полиаденит). Иногда увеличивается селезенка и печень. Возможно развитие желтухи.

К 5—7-му дню болезни число лейкоцитов увеличивается до $(12—18) \cdot 10^9$/л, в лейкоцитарной формуле имеют место лимфоцитоз и моноцитоз, появляются атипичные мононуклеарные клетки с широкой базофильной протоплазмой.

Общая продолжительность лихорадочного периода — 20—25 дней; но иногда и после этого срока сохраняется субфебрильная температура, возможны рецидивы болезни, картина крови может оставаться нарушенной в течение 1—2 месяцев после полной нормализации температуры. Серьезных осложнений болезнь, как правило, не вызывает и заканчивается полным выздоровлением.

Диагноз. Для распознавания болезни, помимо клинических и эпидемиологических данных, особенно важна картина периферической крови, в частности обнаружения широкоплазменных одноядерных клеток. Применяют также серологические методы исследования: реакцию агглютинации с бараньими эритроцитами (реакция Пауля — Буннелля), реакцию агглютинации с лошадиными эритроцитами.

Дифференциальный диагноз проводят с брюшным тифом (клиническое сходство с этим заболеванием особенно велико в первые 4—5 дней болезни), дифтерией зева, лимфолейкозом, ангинозно-бубонной формой туляремии, при желтушной форме инфекционного мононуклеоза — с вирусным гепатитом.

Лечение. Больных, как правило, госпитализируют. Назначают полужидкую пищу. Этиотропного лечения нет. Для подавления вторичной бактериальной флоры при развитии некротических налетов в зеве вводят пенициллин или назначают эритромицин, олеандомицин. Противопоказаны левомицетин и сульфаниламидные препараты. Назначают витамины группы В, аскорбиновую кислоту; при тяжелых формах болезни с высокой температурой, резко выраженным лимфаденитом в области шеи, сильным отеком миндалин назначают кортикостероиды. При желтушных формах в/в капельно вводят 5 % раствор глюкозы, гемодез, кортикостероиды — по показаниям.

Профилактика. Наиболее надежными средствами борьбы с распространением болезни служат ранняя изоляция и различные меры разобщения больных от здоровых.

КЛЕЩЕВОЙ ВОЗВРАТНЫЙ ТИФ, КЛЕЩЕВОЙ СПИРОХЕТОЗ. Этиология. Болезнь вызывают особого вида спирохеты, паразитирующие в организме клещей орнитодорус.

Эпидемиология. Клещи из рода орнитодорусов, являющиеся резервуаром инфекции, встречаются в местностях с жарким климатом (например, в Среднеазиатских республиках). Передача инфекции осуществляется при укусе клещом.

Патогенез. Из входных ворот инфекции возбудитель попадает с током крови в кроветворные органы, печень, центральную нервную систему. Образующиеся в организме антитела вызывают распад (лизис) спирохет, но часть их, сохранившись в очагах инфекции, поступая в ток крови, вызывает очередной приступ болезни.

Симптомы. Инкубационный период 7—14 дней. Начало болезни острое — с озноба и повышения температуры за несколько часов до 38,5—39,5 °С. На месте укуса на коже, возвышаясь над ее поверхностью, образуется папула темно-вишневого цвета. Во время первого лихорадочного приступа, продолжающегося 2—3 дня, у больного отмечаются слабость, недомогание, боль в икроножных мыш-

цах, незначительная желтушность кожи, уздечки языка и склер глаз, умеренное увеличение селезенки. В конце приступа температура критически падает до нормальных или субфебрильных цифр: снижение температуры сопровождается обильным потоотделением; наступает улучшение в состоянии больного — безлихорадочный период (апирексия). Продолжительность последующих приступов от 10—12 ч до 2—3 дней, периоды апирексии длятся от 1 до 5—9 дней; всего за время болезни бывает 6—12, иногда 15—18 лихорадочных приступов.

На высоте лихорадочного приступа болезни в мазке или толстой капле крови обнаруживают спирохеты; иногда их удается найти и в безлихорадочном периоде болезни.

Для картины периферической крови характерны нормо- или лейкопения, преобладание в лейкоцитарной формуле лимфоцитов и моноцитов.

Диагноз. Для диагностики важны природная очаговость болезни, конкретная эпидемиологическая обстановка, приступообразность течения и другие клинические признаки болезни, в частности наличие папулы на коже в месте укуса клеща. Обнаружение спирохет подтверждает диагноз.

Дифференциальный диагноз проводят с малярией (особенно тропической), бруцеллезом, во время первого приступа с лептоспирозом.

Лечение. Больных госпитализируют, назначают внутрь тетрациклин по 0,3 г 4 раза в день (8—10 дней), десенсибилизирующие препараты (супрастин, димедрол) и нистатин.

Профилактика. Индивидуальная защита человека от укусов клещей. Уничтожение клещей (дезинсекция).

КЛЕЩЕВОЙ СЫПНОЙ ТИФ, ИЛИ КЛЕЩЕВОЙ РИККЕТСИОЗ СЕВЕРНОЙ АЗИИ. Этиология. Возбудители болезни — риккетсии, паразитирующие в организме диких животных (суслики, хомяки, иногда мыши-полевки), являющихся резервуаром инфекции и иксодовых клещей-переносчиков.

Эпидемиология. Болезнь характеризуется природноочаговым распространением (эндемичностью), встречается лишь в определенных местностях Северной Азии (Красноярский край, Иркутская, Новосибирская, Омская, Кемеровская области, Алтай), отчасти на Дальнем Востоке, в Средней Азии. Наибольшее число заболеваний приходится на май-июнь.

Патогенез. Из входных ворот инфекции на месте укуса клеща возбудитель проникает в ток крови, циркулируя в ней на протяжении всего лихорадочного периода, внедряется в эпителиальные клетки, вызывая поражение сердечно-сосудистой и нервной систем.

Симптомы. Инкубационный период 4—5 дней. Болезнь начинается остро с озноба и повышения температуры за 24—30 ч до 39,5—40 °С. В отдельных случаях возможны предвестники болезни (продрома): недомогание, головная боль, чувство разбитости во всем теле. На месте укуса клеща на коже развивается первичный аффект в виде небольшого плотного инфильтрата, покрытого некротической корочкой коричневого цвета и окруженного узкой розовой каймой. Инфильтрат возникает преимущественно на открытых частях тела, чаще подвергающихся укусу клещей. Иногда первичный аффект сопровождается регионарным лимфаденитом — увеличением затылочных, шейных, подмышечных лимфатических узлов. В редких случаях первичный аффект отсутствует и заметно лишь точечное красное пятно на месте укуса клеща.

Кожные высыпания имеют полиморфный характер, состоят из розеолезно-папулезных элементов, приподнятых над поверхностью кожи и имеющих насыщенно розовый цвет; нередко в центре розеолы или папулы появляется петехия. Сыпь располагается преимущественно на груди, спине, сгибательной поверхности рук. Иногда сыпь бывает более обильной, покрывая все туловище, располагаясь на лице, ладонях и стопах. Элементы сыпи сохраняются на протяжении всего лихорадочного периода; после того как она побледнеет, на местах имеющихся высыпаний в течение нескольких дней сохраняется пигментация кожи. Лицо гиперемировано, кровеносные сосуды склер и конъюнктивы век инъецированы. Повышение температуры отмечается в течение 8—12 дней, в конце лихорадочного периода она снижается критически (за 2—3 дня). Как правило, отмечаются головная боль, боль в пояснице, в мышцах, умеренное увеличение печени и селезенки, учащение пульса (при некотором отставании его от уровня температуры).

В периферической крови с 4-го дня болезни отмечается небольшой нейтрофильный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, повышение СОЭ. Прогноз болезни благоприятный, но слабость и снижение трудоспособности могут отмечаться длительное время после нормализации температуры.

Диагноз. При распознавании болезни учитывают пребывание в течение последних 7—8 дней в эндемичной местности, характер развития клинических симптомов, в том числе наличие характерного первичного аффекта и высыпаний на коже. Подтверждением диагноза служат положительные реакции агглютинации Вейля — Феликса и РСК с культурой возбудителя.

Лечение. Больных госпитализируют. Назначают антибиотики (тетрациклин внутрь по 0,3 г 4 раза в день до нормализации температуры и еще в течение 2 дней); в более тяжелых случаях применяют сердечно-сосудистые препараты. Выписывают из стационара на 12-й день нормальной температуры при достаточно полном выздоровлении.

Профилактика. Индивидуальная защита человека от укусов клещей. Уничтожение клещей (дезинсекция).

КОКЛЮШ. Этиология. Возбудитель болезни (Bordetella pertussis) — неподвижная грамотрицательная палочка.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной, находящийся в ранней (катаральной) фазе заболевания. Болезнь передается воздушно-капельным путем. Коклюш поражает чаще детей, особенно в возрасте 2—4 лет. Близкий контакт больных и здоровых

(восприимчивых) детей, скученность способствуют распространению инфекции. Наблюдаются как единичные (спорадические) случаи, так и вспышки заболевания. Заболеваемость повышается в холодное и сырое время года.

Патогенез. Возбудитель действует прежде всего на слизистую оболочку верхних дыхательных путей, вызывая ее воспаление еще в ранние сроки болезни. Позднее вследствие токсических воздействий на центральную нервную систему, угнетения дыхательного центра, аллергического состояния организма возникают приступы судорожного кашля.

Симптомы. Инкубационный период в среднем 5—7 дней. Заболевание начинается с общей слабости, недомогания, осиплости голоса, насморка и кашля. Катаральные явления нарастают в течение 4—5 дней, сухой кашель с большим количеством сухих хрипов в легких наряду с небольшим повышением температуры может отмечаться в течение 8—10 дней и даже более. Позднее развивается судорожная стадия болезни; приступ кашля сопровождается задержкой дыхания, возникает несколько судорожных кашлевых толчков. После этого в дыхании наступают короткая пауза и глубокий вдох; затем возникает приступ мучительного судорожного кашля, лицо больного становится отечным, гиперемированным, иногда с синюшным оттенком. Усиленный выдох приводит к значительному высовыванию языка, на уздечке которого при травме о зубы появляется маленькая ранка-язвочка. Судорожный кашель приводит иногда к появлению кровоизлияний в склеры, носовых кровотечений. Иногда, особенно в раннем детском возрасте, возможны рвота, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Во время приступа судорожного кашля после нескольких кашлевых толчков развивается реприз — свистящий протяжный звук, вызванный быстрым прохождением воздуха через оставшуюся до сих пор замкнутой голосовую щель. Приступы кашля сопровождаются напряжением всей дыхательной мускулатуры. В конце приступа с кашлем выделяется немного стекловидной слизи. По окончании приступа ребенок чувствует себя вполне удовлетворительно.

В первые 15—20 дней судорожной стадии болезни приступы судорожного кашля становятся все чаще, бывают особенно мучительными, тяжелыми и продолжительными. За сутки может быть от 8—10 до 30 и даже 40 приступов. Позднее они становятся менее частыми, укорачиваются, не столь мучительны, но сопровождаются выделением густой, вязкой мокроты. Приступы кашля исчезают к началу 5—6-й недели болезни. На высоте развития судорожных приступов картина крови отличается лейкоцитозом, лимфоцитозом и замедлением СОЭ. Количество мочи уменьшается (олигурия), ее относительная плотность повышена. Течение коклюша может осложниться развитием пневмонии, принимающей обычно затяжное течение. Опасность для жизни больного представляет тяжело протекающий бронхиолит.

Наряду с типичными и тяжелыми формами коклюша нередки атипичные и стертые формы. При стертых формах приступы кашля легкие, редкие, могут держаться всего несколько дней. Атипичные формы протекают без судорожного кашля. Эти формы болезни не сопровождаются заметным ухудшением самочувствия детей.

Диагноз. При распознавании болезни принимают во внимание эпидемиологические данные, анамнез, последовательность развития и характер болезненных симптомов (катаральная и судорожная фазы), характерную картину крови, результаты бактериологического исследования (посев мокроты, «метод кашлевых пластинок»: открытую чашку Петри со средой держат на расстоянии 5—8 см перед ртом больного во время кашля). Со 2-й недели судорожного периода серологические исследования: РСК, реакция агглютинации. Дифференциальная диагностика проводится с вирусными острыми респираторными инфекциями, бронхитом, трахеобронхитом.

Лечение. При легком и среднетяжелом течении коклюша больных детей изолируют на дому или в палатах-изоляторах детских учреждений. При тяжелом течении болезни и смешанной инфекции госпитализация больных обязательна. Показаны прогулки на свежем воздухе, тщательное проветривание помещений. Детей первых месяцев жизни вскармливают грудным молоком; детям более старшего возраста и взрослым дают полужидкую, легкоусвояемую, высококалорийную пищу, богатую витаминами, особенно B_1, B_2, B_6 и аскорбиновой кислотой, кормление больных должно быть частым, небольшими порциями.

Применение антибиотиков наиболее целесообразно в катаральной и в начале судорожной стадии болезни. Антибиотики тетрациклинового ряда дают внутрь по 30—40 мг/кг массы тела 4 раза в день в течение 8—10 дней. Рекомендуется специфический противококлюшный гамма-глобулин (по 3 мл в/м 3 дня подряд, затем несколько раз через день), оксигенотерапия (содержание в кислородной палатке или вдыхание увлажненного кислорода), искусственное дыхание при тяжелых формах. При частых приступах спазматического кашля — аминазин, пропазин, антиспастические вещества (атропин, папаверин), антигистаминные препараты. При осложнении коклюша пневмонией показаны антибиотики противостафилококковой направленности: цефалоридин (цепорин), полусинтетические пенициллины. Чтобы облегчить отхождение вязкой мокроты назначают ингаляции аэрозолей протеолитических ферментов.

Профилактика. Важнейшим профилактическим мероприятием является активная иммунизация (вакцина АКДС). Находившимся в контакте с больным коклюшем детям в возрасте до 1 года и непривитым вводят с целью профилактики специфический противококлюшный или нормальный человеческий противокоревой гамма-глобулин (по 3 мл в/м двукратно через 48 ч).

Изоляция больных коклюшем проводится дома или в больнице в течение 25 дней от начала заболевания. На детей в возрасте до 7 лет,

бывших в контакте с больным коклюшем, накладывается карантин сроком 14 дней.

КОРЬ. Этиология. Возбудитель — РНК-содержащий вирус.

Эпидемиология. Источник инфекции — больной, который особенно заразен в раннем, катаральном периоде болезни. Передача инфекции осуществляется воздушно-капельным путем. Помимо единичных (спорадических) случаев, возможны вспышки заболевания. Чаще корью болеют дети; заболевания взрослых наблюдаются редко.

Патогенез. Вирус кори проникает в организм через слизистые оболочки верхних дыхательных путей. Размножение вируса происходит в эпителиальных клетках и регионарных лимфатических узлах. В последующем развивается вирусемия, вирус фиксируется во многих органах (нервная система, легкие, кишечник и др.), где происходит его дальнейшее размножение. Возникает катаральное воспаление верхних дыхательных путей, поражение бронхов, бронхиол, в процесс вовлекается желудочно-кишечный тракт, поражаются слизистые оболочки губ и щек, на коже развиваются характерные высыпания.

Симптомы. Инкубационный период 9—11 дней. В течение продромального или катарального периода температура повышается до 38,5—39 °С, появляются светобоязнь, конъюнктивит, насморк, сухой лающий кашель; лицо больного становится гиперемированным. На 2—3-й день катарального периода можно выявить симптом Бельского — Филатова — Коплика: образование на слизистой оболочке щек, особенно против коренных зубов, мелких беловатых точек, приподнятых над поверхностью слизистой оболочки; это отрубевидное шелушение слизистой, напоминающее как бы многочисленные уколы ее острием булавки. Этот симптом является абсолютно точным доказательством диагноза. С 3-го дня катарального периода на твердом небе наблюдаются разлитая гиперемия и разрыхленность.

Второй период течения кори — период высыпания — начинается на 4-й день болезни, сопровождается значительным повышением температуры (до 39,5—40,5 °С), появлением характерной крупнопятнистой коревой сыпи на коже. Сначала она возникает на коже лица, за ушами, на 2-й день сыпь распространяется на кожу туловища и ближайшие к нему участки верхних конечностей; с 3-го дня сыпь появляется и на нижних конечностях. Сыпь состоит из круглых пятен диаметром 3—4 см насыщенного розового цвета, приподнимающихся над поверхностью кожи, местами сыпь может стать сливной, сохраняя свой пятнисто-папулезный характер. У ослабленных, истощенных детей-дистрофиков сыпь может приобретать синюшный оттенок.

Картина крови характеризуется лейкопенией и относительной лимфопенией. В начале катарального периода отмечается лейкоцитоз с нейтрофилезом.

При неосложненной кори на 4-й день периода высыпания температура за 1—2 дня снижается до нормы или субфебрильных цифр, сыпь начинает исчезать на лице, затем на туловище и позже всего — на конечностях. На местах бывшей сыпи остается небольшая пигментация кожи, отмечается мелкое шелушение.

Иногда болезнь принимает очень тяжелое течение, сопровождается бредом, одышкой, цианозом, судорогами, картиной разлитого бронхиолита; возможна смерть больного даже в ранние сроки заболевания.

Большую опасность представляет осложнение кори пневмонией. Из других осложнений кори следует назвать отиты, мастоидиты, синуиты, ложный круп. Симптом коревого крупа — приступ удушья, развивающийся чаще ночью и протекающий с отеком голосовых складок. У взрослых, особенно страдавших ранее сердечно-сосудистыми нарушениями, болезнь может протекать очень тяжело и окончиться смертью.

У больных, профилактически иммунизированных гамма-глобулином или противокоревой сывороткой, корь протекает очень легко (митигированная корь). Перенесенное заболевание оставляет стойкий иммунитет.

Диагноз. Болезнь распознается на основании эпидемиологических данных, клинической картины с учетом катарального периода, положительного симптома Бельского — Филатова — Коплика (наблюдаемого в 80—85 % случаев), а в более позднем периоде — последовательности высыпаний на коже. Серологический метод диагностики заключается в определении титров противовирусных антител с помощью реакций торможения гемагглютинации, связывания комплемента, нейтрализации в парных сыворотках, взятых с интервалом $1^1/_2$—2 нед.

Дифференцируют в катаральном периоде от гриппа, аденовирусной инфекции, в периоде сыпи — от краснухи, скарлатины, различных вариантов лекарственной болезни.

Лечение. При легком и среднетяжелом течении кори больных изолируют на дому; больные тяжелыми и осложненными формами кори помещаются в инфекционные больницы (отделения). Больной должен находиться в теплой, хорошо проветриваемой комнате с неярким освещением (из-за светобоязни). Глаза больного промывают 4—5 раз в день кипяченой водой, 0,5—1 % раствором борной кислоты. Ватным тампоном, смоченным в глицерине или смазанным вазелином, прочищают носовые ходы. Маленьким детям тампоном, смоченным 0,5 % раствором борной кислоты, ежедневно протирают слизистую оболочку рта, а дети старшего возраста и взрослые прополаскивают рот раствором (1:3000) перманганата калия.

По соответствующим показаниям назначают сердечно-сосудистые средства, вливания 0,85 % раствора хлорида натрия, 5 % раствора глюкозы. У больных с осложнением кори пневмонией или бронхиолитом применяют антибиотики (пенициллин, тетрациклин, эритромицин), при пневмониях стафилококковой этиологии — цефалоридин (цепорин), полусинтетические пенициллины; полезны горчичники, горчичные обертывания (для детей раннего возраста), детям старшего возраста — банки на спину и боковые поверхности грудной клет-

ки. При тяжелом течении болезни необходима оксигенотерапия. При ложном крупе интубацию не применяют, а пользуются отвлекающими средствами в виде горячих ножных ванн. Назначают антибиотики в комбинации с кортикостероидными препаратами.

Профилактика. Всем детям в возрасте от 3 мес до 2 лет, не болевшим ранее корью и непривитым, которые имели контакт с больными корью, а также детям старше 2 лет, имеющим клинические противопоказания к проведению прививок противокоревой вакциной вводят для профилактики нормальный человеческий гамма-глобулин в/м в дозе 3 мл. При повторных контактах гамма-глобулин вводят повторно. Дети старше 2 лет, не имеющие клинических противопоказаний, подвергаются прививке противокоревой вакциной. Гамма-глобулин им не вводят.

Больного корью изолируют до 5-го дня от начала появления сыпи. При наличии осложнений этот срок удлиняется до 10 дней. Дети, бывшие в контакте с больными корью, подвергаются карантину на 17 дней (не получавшие гамма-глобулин), на 21 день (получавшие введение гамма-глобулина). Школьники старше 2-го класса карантину не подлежат.

КРАСНУХА. Этиология. Болезнь вызывается РНК-содержащим вирусом.

Эпидемиология. Источником инфекции являются больные краснухой. Наиболее заразны больные первые 5 дней от начала заболевания. Инфекция передается воздушно-капельным путем. Чаще болеют дети в возрасте 4—10 лет. Чрезвычайно опасно заболевание краснухой у беременных, так как приводит к поражению плода и развитию врожденных уродств.

Патогенез. Вирус проникает в организм через слизистую оболочку носоглотки и распространяется с кровью, приводя к появлению высыпаний на коже и лимфаденитам. Особенно характерны лимфадениты в затылочной области. Вирус способен избирательно поражать эмбриональную ткань. У беременных нарушения развития плода отмечаются при их заболевании на 3—16-й неделе беременности.

Симптомы. Инкубационный период от 12 до 24 дней. В начале заболевания отмечаются повышение температуры тела (37,7—38,5 °С), насморк, небольшой сухой кашель, конъюнктивит; самочувствие заболевшего удовлетворительное. Сыпь на коже появляется в конце 1-го или на 2—3-й день болезни; она состоит из мелкопятнистых розеолезных элементов, не возвышающихся над поверхностью кожи и расположенных на лице, а затем быстро, в течение 15—20 ч, распространяющихся без всякой последовательности по всему телу. Через 2—3 дня сыпь бесследно исчезает. Одновременно с появлением сыпи увеличиваются затылочные лимфатические узлы; возможно увеличение и других групп лимфатических узлов (подмышечных, паховых), приобретающих плотноэластическую консистенцию, не спаянных между собой и с подкожной клетчаткой. Картина крови характеризуется лейкопенией, с 3—4-го дня болезни появляется моноцитоз.

Диагноз. Для распознавания болезни важны эпидемиологические данные, отсутствие последовательности высыпаний, характер сыпных элементов, не приподнимающихся над кожей, увеличение шейных лимфатических узлов. Дифференцируют от кори, скарлатины, энтеровирусной инфекции, лекарственной сыпи.

Лечение. В специальном лечении больные краснухой не нуждаются. Необходимо соблюдение постельного режима. По показаниям применяют симптоматические средства.

Профилактика. Необходима изоляция больных до 5-го дня с момента высыпания.

ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖНЫЙ (пендинская язва). Этиология. Возбудителем болезни является особый вид лейшманий (Leishmania tropica) — паразит, относящийся к классу жгутиковых.

Эпидемиология. Различают два вида кожного лейшманиоза: 1) раноизъязвляющийся (лейшманиоз сельского типа) с более коротким инкубационным периодом и 2) поздноизъязвляющийся (лейшманиоз городского типа) с более продолжительным инкубационным периодом. Резервуары возбудителей лейшманиоза сельского типа — дикие грызуны (суслики, песчанки) — обитатели пустынь и полупустынь. Резервуаром лейшманиоза городского типа являются больной человек и собаки; переносчики лейшманиоза обоих типов — москиты-флеботомусы.

Патогенез. В области входных ворот инвазии возбудитель внедряется в клетки местной соединительной ткани, где может паразитировать длительное время (до 1 года). Некрозы ткани приводят к образованию язвы.

Симптомы. *Раноизъязвляющийся (сельского типа) кожный лейшманиоз.* Инкубационный период от нескольких дней до 4 нед. На месте проникновения в организм лейшманий образуется узелок ярко-красного цвета, достигающий 1 см в диаметре; по его периферии отмечается отек кожи. Спустя 10—20 дней центральная часть узелка подвергается некрозу, образуется струп коричневатого цвета, под которым располагается довольно глубокая язва. В ее окружности возникают узелки несколько меньших размеров, подвергающиеся затем изъязвлению. К 4—5 месяцу болезни язва увеличивается до 2—4 см в диаметре; в течение последующих 3—7 мес ее размеры остаются без перемен, но от краев язвы по направлению к центру наползают грануляции, к концу года она эпителизируется и на ее месте остается плоский рубец.

Поздноизъязвляющийся (городского типа) кожный лейшманиоз. Инкубационный период 3—8 мес. На месте внедрения в кожу лейшманий образуется клеточный инфильтрат до 3 мм в диаметре; в центре его имеется кратерообразное (коническое) углубление, стенки которого покрывают мелкие чешуйки; к 4—5 мес болезни это отверстие закрывается некротической корочкой, а еще позднее возникает язва глубиной до 3 мм. Язва сохраняется на протяжении 1—$1^1/_2$ лет, а затем эпителизируется с образованием поверхностного струпа.

Диагноз. Болезнь распознается на основании эпидемиологических данных, анамнеза, клинической картины. При микроскопии соскоба с участка грануляций после окраски по Романовскому — Гимзе можно обнаружить внутриклеточно расположенных лейшманий.

Дифференциальный диагноз проводят с фурункулезом, с язвенно-бубонной формой туляремии, сифилисом.

Лечение. При наличии изъязвлений применяют мономициновую мазь. При изъязвлениях с лимфангитами, лимфаденитами мономицин вводят в/м по 250 000 ЕД 3 раза в день (курс 10—12 дней). Пероральное лечение осуществляется аминохинолом. При присоединении вторичной гнойной инфекции рекомендуются цефалоридин, полусинтетические пенициллины. Необходима витаминотерапия, антигистаминные средства.

Профилактика. Вблизи сельских населенных пунктов и на участках полевых работ проводят дератизацию с уничтожением диких грызунов. В городах и населенных пунктах необходимо уничтожение бродячих собак. Для борьбы с москитами в помещении применяют инсектициды. Окна закрывают густой металлической сеткой. Применяются индивидуальные средства защиты. Лицам, прибывающим в эпидемический очаг и ранее не болевшим лейшманиозом, вводят вакцину.

ЛЕПТОСПИРОЗ. Этиология. Возбудитель — бактерии-лептоспиры. Различают свыше 100 их серологических типов. На территории Советского Союза основными возбудителями лептоспироза являются Leptospira icterohaemorrhagiae, Leptospira grippotyphosa, Leptospira pomona, Leptospira canicola.

Эпидемиология. Резервуаром лептоспир в природе являются грызуны (мышевидные и серые крысы), а также свиньи, реже — крупный рогатый скот и собаки. Заражение человека происходит при употреблении сырой воды, купании в зараженных водоемах, при работе на заливных лугах, полях орошения, в местах свалок, при уходе за домашними животными, употреблении инфицированных продуктов. Как профессиональное заболевание лептоспироз возможен у животноводов, ветеринарных работников, работников коммунального хозяйства. Наблюдается сезонность эпидемических вспышек лептоспироза в летне-осеннее время.

Патогенез. Входные ворота — слизистые оболочки губ, рта, носоглотки, а также ссадины, царапины и другие повреждения. Лептоспиры заносятся током крови в различные органы и ткани. Особенно интенсивно размножаются в печени и почках. Поражаются стенки сосудов, клетки печеночной паренхимы, почечные канальцы, ЦНС.

Симптомы. Инкубационный период 7—14 дней. Заболевание начинается остро, с озноба, повышения температуры до 39—39,5 °С, которая в последующие 6—10 дней сохраняется на высоком уровне. Возможны значительные колебания температуры, иногда «двугорбый» характер температурной кривой. С 1-го дня болезни выражены сильная общая слабость, головная боль боль в мышцах (особенно икроножных), пояснице. Характерен внешний вид больного: лицо и склеры гиперемированы, отмечается лихорадочный блеск глаз, конъюнктивит, на слизистых оболочках губ и крыльев носа возможны герпетические высыпания; иногда возникают носовые кровотечения. Зев гиперемирован, язык равномерно обложен сероватым налетом. Обнаруживается умеренное увеличение печени и селезенки. У отдельных больных возможно появление желтухи. На протяжении первых 4 дней болезни в крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево. Моча содержит следы белка. Примерно в 20 % случаев с 4—5-го дня болезни появляется петехиальная или розеолезно-петехиальная сыпь, которая сохраняется в течение 1—3 дней, не оставляя после себя пигментации. У ряда больных отмечается ригидность затылочных мышц, что указывает на раздражение и отечность оболочек мозга (явления менингизма). Возможно развитие тяжелого менингита.

При тяжелом лептоспирозе на фоне интенсивной желтухи появляются обильные геморрагии, развивается глубокое поражение почек (острый нефрозонефрит) с возможным осложнением уремией.

Диагноз основывается на эпидемиологических данных (работа по сенокосу на заболоченных лугах, купание, контакт с сельскохозяйственными животными) и клинической картине. Подтверждением диагноза могут служить исследования сыворотки крови больных в реакции агглютинации — лизиса и РСК.

Дифференциальный диагноз проводят с гриппом (в первые 3 дня), сыпным тифом, болезнью Брилля, геморрагическими лихорадками, тифо-паратифозными заболеваниями, менингитами различной этиологии.

Лечение. Все больные подлежат госпитализации. Эффективен пенициллин (по 3 000 000—4 000 000 ЕД/сут), тетрациклин (по 0,3 г 4 раза в день). Курс антибиотикотерапии 7—10 дней. При тяжелой интоксикации, интенсивной желтухе, геморрагическом синдроме применяют кортикостероиды (преднизолон 40 мг/сут), в/в капельно вводят 5 % раствор глюкозы, гемодез, аскорбиновую кислоту. При развитии почечной недостаточности необходим гемодиализ (аппарат «искусственная почка»). В лечебную практику внедряются методы иммунотерапии лептоспироза (введение поливалентного специфического гамма-глобулина).

Профилактика. Уничтожение грызунов (дератизация), своевременное выявление больных домашних животных, строгое соблюдение ветеринарно-санитарных правил, охрана водоемов, мелиоративные работы, строгое соблюдение индивидуальной профилактики у лиц определенных профессий (животноводы, ветеринарные работники и др.), защита воды и пищевых продуктов от грызунов.

В природных очагах лептоспироза — прививки специальной вакциной. Иммунизируют отдельные профессиональные группы.

ЛИХОРАДКА КУ. Этиология. Болезнь вызывают риккетсии Бернета, паразити-

рующие в эпителиальных клетках больных животных и человека.

Эпидемиология. Источником инфекции для человека служат зараженные риккетсиями Бернета овцы, козы и коровы; заразны их выделения, особенно моча, а также мясо, шерсть и кожа, иногда молоко. Человек может заражаться, употребляя недостаточно проваренное или прожаренное мясо таких животных, молоко, а также занимаясь переработкой их кожи, шерсти; заражение может быть как бытовым, так и производственным. Возбудитель способен проникнуть в организм через трещины, ссадины и царапины кожи. Проникновение инфекции в организм возможно также воздушно-пылевым способом через верхние дыхательные пути, например, у людей, занимающихся обработкой овечьей шерсти. В отдельных случаях от зараженных лихорадкой животных инфекция может передаваться человеку через укусы гамазовых клещей.

Патогенез. Из области входных ворот инфекции возбудитель быстро проникает в ток крови и заносится в различные органы и ткани, поселяясь там внутриклеточно. При аэрогенном способе заражения возбудитель вызывает образование мелких пневмонических фокусов в легких.

Симптомы. Инкубационный период 14—21 день. Начало заболевания острое — с озноба, быстрого повышения температуры, недомогания. Различают следующие клинические формы болезни: 1) циклическую (подразделяемую на острый и затяжной вариант течения), 2) септическую, 3) острую пневмоническую, 4) подострую пневмоническую. В 70—80 % случаев болезнь протекает в циклической форме; при этом с первых же дней заболевания отмечаются недомогание, слабость, температура к 4—5-му дню болезни достигает 38,5—40 °С и остается повышенной до 10—20-го дня болезни и даже дольше. На протяжении первых 5—10 дней заболевания отмечаются головная и мышечная боль, плохой аппетит и сон, гиперемия зева, обложенный белым налетом язык, иногда тошнота и боли в суставах, несколько реже — небольшое увеличение селезенки и печени. Пульс несколько отстает от уровня температуры. В разгар болезни в крови обычно лейкопения, относительный лимфоцитоз, умеренно повышенная СОЭ. При септической форме лихорадки Ку температурная кривая обнаруживает значительные колебания, наблюдаются познабливание, значительная потливость, увеличение селезенки. Пневмонии отмечаются у 10—15 % больных лихорадкой Ку. Пневмонические формы лихорадки Ку протекают с длительным лихорадочным периодом, преимущественно сухим кашлем, лишь у отдельных больных сопровождающимся выделением небольшого количества пенистой мокроты, иногда содержащей прожилки крови. Клиническое и рентгенологическое исследование выявляет мелкоочаговую пневмонию. У 2—5 % больных возможен переход в хроническую форму, продолжительность которой до 1 года и более.

Возможны легкие, стертые формы болезни с лихорадочным периодом до 5—7 дней.

Диагноз. Распознавание болезни основано в первую очередь на эпидемиологических данных. После 9—11-го дня болезни при подозрении на Ку-лихорадку необходимо поставить РСК в сыворотке крови больного.

Дифференциальный диагноз проводят с брюшным тифом, гриппом (в начале болезни), бруцеллезом, орнитозом, сепсисом, туляремией, пневмонией, туберкулезом.

Лечение. В стационаре лечение проводят тетрациклином по 0,3 г 4 раза в день (6—8 дней), десенсибилизирующими препаратами (димедрол, супрастин, дипразин).

При длительно протекающих затяжных пневмониях с возможным присоединением кокковой флоры назначают полусинтетические пенициллины, цефалоридин.

Профилактика. Необходимо постоянное ветеринарное наблюдение за сельскохозяйственными животными, выявление среди них заболевших лихорадкой Ку, проведение санитарно-ветеринарных мероприятий; санитарно-просветительная работа и охрана труда людей, занятых скотоводством, а также обрабатывающих шерсть и кожу, с обязательным ношением ими специальной одежды, перчаток и обуви; уничтожение клещей, паразитирующих на животных. В тех местностях, где среди животных имеются случаи заболевания лихорадкой Ку, можно употреблять в пищу коровье молоко только после пастеризации или кипячения, а брынзу — после длительного выдерживания. В очагах лихорадки Ку проводятся прививки вакциной.

МАЛЯРИЯ. Этиология. Различают 4 вида возбудителей, вызывающих самостоятельные разновидности заболевания малярией. Plasmodium vivax является возбудителем трехдневной малярии, Pl. malariae — четырехдневной, Pl. falciparum — тропической; четвертый возбудитель — Pl. ovale — вызывает заболевания, клинически сходные с трехдневной малярией.

Эпидемиология. Распространение малярии (исключая случаи завозных заболеваний) связано в первую очередь с областью обитания переносчиков — комаров анофелес. Источники инфекции — больные люди с активными проявлениями малярии, а также гаметоносители, в организме которых могут длительно сохраняться половые формы плазмодиев микро- и макрогаметоциты. Насосавшись крови больного малярией или гаметоносителя, комар анофелес заражается гаметоцитами. В организме переносчика плазмодии, пройдя цикл развития, превращаются в спорозоиты. Укус комара приводит к проникновению из его слюнных желез спорозоитов в подкожную клетчатку заразившемуся человеку. Комары анофелес могут обитать на заливных лугах, озерах, прудах, болотах, заводях и водохранилищах; в водоемах с непроточной или медленно текущей водой комары анофелес откладывают свои яйца.

Помимо так называемой местной малярии, поражающей людей в определенном эпидемическом очаге, встречаются также и случаи завоза малярии, которой могут болеть люди, приехавшие из стран, где распространена ма-

лярия. В нашей стране малярия имеет обычно завозной характер.

Патогенез. Паразитирование малярийных плазмодиев в организме больного сопровождается реакцией ретикулоэндотелиальных элементов в печени и селезенке с развитием гепатолиенального синдрома, нарастающим истощением и анемией.

Приступы малярии связаны с разрушением пораженных плазмодием эритроцитов, попаданием в кровь продуктов жизнедеятельности плазмодиев.

Симптомы. Инкубационный период при трехдневной малярии 10—20 дней, при четырехдневной 15—30, при тропической 8—16 дней. При трехдневной малярии в течение первых 6—8 дней может наблюдаться лихорадка постоянного типа, а затем с определенной периодичностью возникают малярийные приступы. От начала одного и до начала другого приступа проходит 48 ч. Приступы могут возникать в различные часы дня, но чаще всего поздним утром или в полдень. Каждый приступ начинается с резкого озноба, который иногда бывает потрясающим: больной не может согреться даже под теплым одеялом, которым он закрывается с головой. Затем, в течение 1—2 ч, температура повышается до 40—41 °С и даже более, остается на этом уровне 4—5 ч, а затем критически падает до нормы. На высоте развития приступа больной ощущает сильный жар во всем теле, сбрасывает с себя одеяло, его мучает жажда; лицо больного гиперемировано, кожа горячая на ощупь, слизистые оболочки губ сухие, возможна тошнота и рвота. В конце приступа при снижении температуры отмечается профузный пот. По окончании приступа больной чувствует значительное облегчение и часто засыпает; проснувшись через несколько часов, он чувствует себя вполне удовлетворительно.

Продолжающиеся в течение ряда дней повторные лихорадочные приступы приводят к развитию гепатолиенального синдрома, анемии гипохромного типа, истощению; кожа и склеры глаз больного приобретают слегка желтушный характер. Картина крови отличается лейкопенией, анэозинофилией, нейтропенией, относительным лимфоцитозом.

Четырехдневная малярия протекает с повторением лихорадочных приступов через 72 ч (от начала одного и до начала следующего приступа). Тропической малярии свойственно более злокачественное и длительное течение, нерегулярность лихорадочных приступов, причем вслед за кратковременным снижением температура вновь может подняться и приступы могут отмечаться ежедневно. Этому виду малярии чаще свойственны различные осложнения, в числе которых наиболее опасна малярийная кома (которая может наблюдаться и в отдельных случаях трехдневной малярии). Развитие комы связано с массовой закупоркой кровеносных капилляров головного мозга огромным количеством малярийных плазмодиев, находящихся в эритроцитах.

Любая из клинических разновидностей малярии может протекать с рецидивами. Неполноценное, недостаточное по продолжительности лечение приводит в ряде случаев к ранним рецидивам, развивающимся через 6—8 нед после окончания лихорадочных приступов.

Диагноз. Для распознавания болезни следует принять во внимание эпидемиологические данные и клиническую картину. Точное доказательство диагноза можно получить при обнаружении малярийных плазмодиев в мазке и толстой капле крови больного, окрашенных по Романовскому — Гимзе. Кровь для исследования можно брать не только на высоте лихорадочного приступа, но и во время апирексии.

Дифференциальный диагноз в первые 6—10 дней болезни проводят с брюшным тифом, бруцеллезом, сыпным тифом, болезнью Брилля, клещевым возвратным тифом; позднее нужно иметь в виду такие заболевания, как сепсис, лимфогранулематоз.

У лихорадящих больных исследуют кровь на малярию в следующих случаях: 1) у советских граждан, приехавших из тропиков в течение последних 2 лет; 2) у больных с неясными лихорадками при увеличении печени, селезенки, развитии анемии неясного происхождения; 3) при повышении температуры, появившейся у лиц в течение 3 мес после переливания крови (возможность переливания крови больного малярией).

Лечение следует начинать как можно раньше. При трехдневной малярии наиболее эффективным препаратом является хингамин (делагил, хлорохин, резохин), который назначают внутрь после еды и запивают большим количеством воды. В 1-й день назначают делагил по 0,5 г 2 раза в день. Во 2-й и 3-й дни лечения — по 0,5 г 1 раз в день. Курс лечения 3 дня.

При тропической малярии в 1-й день назначают 1,5 г хингамина (по 1 г и 0,5 г на прием). В последующие 4 дня препарат назначают по 0,5 г 1 раз в день. Курс лечения 5 дней.

Для подавления тканевых форм развития малярийных плазмодиев и предупреждения отдаленных рецидивов болезни через 4 дня после окончания терапевтического курса лечения хингамином проводят курс лечения хиноцидом. Это обеспечивает полное излечение 96—98 % больных и предупреждение поздних рецидивов малярии. Хиноцид назначают внутрь по 0,01 г 2 раза в день на протяжении 14 дней после еды, обильно запивая его водой.

Вместо хиноцида можно применять примахин (по той же схеме). При завозной малярии, устойчивой к обычно применяемым противомалярийным препаратам, применяют хинин, сульфапиридазин, сульфаниламиды.

При злокачественном течении малярии и развитии малярийной комы применяют в/м введение хингамина (10 мл 5 % раствора). При отсутствии эффекта через 8 ч препарат вводят повторно в той же дозе. Суточная доза хингамина не должна превышать 30 мл 5 % раствора. После выхода из комы хингамин дают внутрь по 0,25 г 2 раза в день (2—3 дня).

Менее эффективно лечение акрихином. В 1-й день в/м вводят 2 раза (с интервалами 6—8 ч между введениями) по 7,5 мл 4 % слегка подогретого раствора акрихина. В последующие 5—6 дней акрихин назначают внутрь по

0,1 г 3 раза в день. В особо тяжело протекающих случаях акрихин можно вводить в/м и во 2-й день лечения.

Одновременно с введением химиопрепаратов вводят дезинтоксикационные растворы (реополиглюкин, гемодез), полиионные солевые растворы, кортикостероиды, сердечно-сосудистые средства, по показаниям — диуретики. При развитии острой почечной недостаточности необходим гемодиализ (аппарат «искусственная почка»).

Профилактика. Мероприятия по предупреждению новых случаев заболевания малярией должны быть направлены на истребление личинок комара анофелес, создание условий, препятствующих их кладке, борьбу с окрыленными комарами анофелес, а также на коллективную и индивидуальную защиту людей от укусов комаров. По эпидемиологическим показаниям применяют осушение и дренаж заболоченных мест, очистку водоемов, уничтожение личинок комаров, разбрызгивая с самолетов и вертолетов губительные для них химические вещества на поверхность воды.

Индивидуальная химиопрофилактика малярии начинает проводиться за 2—3 дня до прибытия в эндемичный район и продолжается на протяжении всего пребывания и в течение месяца после отъезда из эндемичной местности. Для химиопрофилактики рекомендуются хингамин по 0,25 г 2 раза в неделю, хлоридин по 0,025 г 1 раз в неделю или акрихин по 0,2 г 2 раза в неделю.

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. МЕНИНГОКОККОВЫЙ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ МЕНИНГИТ. Под менингококковой инфекцией понимается группа заболеваний, вызываемых бактериями — менингококками Вексельбаума. К этим заболеваниям относятся: 1) менингококковый назофарингит, протекающий благоприятно, нередко в стертых клинических формах, но иногда принимающий затяжное течение; 2) эпидемический менингококковый менингит; 3) менингококцемия, являющаяся результатом менингококкового сепсиса.

Эпидемиология. Источник инфекции — больной с клинически выраженными проявлениями менингококковой инфекции (назофарингит, менингит), а также носители менингококков. Передача инфекции происходит воздушно-капельным путем. Отмечается увеличение числа заболеваний в холодное и сырое время года (в средней полосе Европейской части СССР максимум приходится на март). Наблюдаются как единичные (спорадические) случаи, так и эпидемические вспышки; последние чаще возникают в детских коллективах и общежитиях.

Патогенез. Проникнув аспирационным путем в полость носоглотки, менингококки внедряются в глоточное лимфатическое кольцо, затем по лимфатическим путям достигают мягких мозговых оболочек, вызывая их воспалительные изменения с переходом на оболочки спинного мозга (цереброспинальный гнойный менингит). Одновременно развиваются токсемия, бактериемия, особенно выраженные при септическом течении инфекции, многочисленные проявления инфекционно-токсического шока (отек головного мозга, циркуляторный коллапс, нарушения в системе свертывания крови, острая надпочечниковая недостаточность и др.).

Симптомы. Инкубационный период 2—10 дней. Эпидемический менингококковый менингит, как правило, начинается остро. Однако примерно в 15 % случаев отмечается продрома в виде общей слабости, потливости, умеренной головной боли, небольшого повышения температуры в течение 1—2 дней. После озноба, а у маленьких детей часто и рвоты, температура тела за 6—8 ч повышается до 39,5—40 °С, возникает резкая головная боль, которая вскоре становится мучительной. Больной принимает в постели вынужденную позу («положение легавой собаки» с запрокинутой назад головой и подтянутыми к животу ногами). При осмотре больного, кроме вынужденной позы, обращают на себя внимание гиперемия лица, горячая на ощупь кожа, гиперестезия, стойкий красный дермографизм. У некоторых больных герпетическая или петехиальная сыпь. Наблюдаются нарушения со стороны черепных нервов: нарушение конвергенции и аккомодации, косоглазие (стробизм), неравномерное расширение зрачков правого и левого глаза (анизокория). У некоторых больных отмечаются оглушенность, спутанность сознания, реже — бред, двигательное беспокойство и мышечные судороги. Характерно развитие менингеального синдрома: ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. В части случаев отмечаются и другие симптомы — Брудзинского (верхний и нижний), Гордона и Оппенгейма.

В анализе крови значительный нейтрофильный лейкоцитоз [(35—45) • 10^9/л] со сдвигом влево. При спинномозговой пункции из иглы вытекает под повышенным давлением мутная, гнойного вида жидкость, которая содержит много белка, большое число нейтрофильных лейкоцитов; реакции Панди и Нонне — Аппельта положительны. Если спинномозговая жидкость была взята до начала лечения антибиотиками, то на окрашенных по Граму препаратах — мазках этой жидкости можно видеть менингококков. Изредка менингит может принимать затяжное течение.

При тяжелом течении эпидемического менингита прогноз всегда серьезный, возможны осложнения (парезы и параличи черепных нервов, отек мозга, гнойные процессы — отиты, синуиты, мастоидиты). Поздним осложнением и исходом гнойного менингококкового менингита у маленьких детей может быть водянка головного мозга, сопровождающаяся значительным, стойким увеличением размеров головы, расхождением швов черепа.

Рано начатое и правильно проведенное лечение антибиотиками позволяет рассчитывать на благоприятный исход болезни (к 12—14-му дню от начала лечения).

Кроме описанной выше типичной картины менингококкового эпидемического менингита, встречаются также и его варианты. В частности, при *молниеносной форме*, начинающейся

очень бурно (затемненность сознания, высокая температура, повторная рвота, общие судороги, запрокидывание головы, глубокие расстройства дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, развитие отека мозга), при отсутствии экстренной, интенсивной терапии возможна смерть через 12—24 ч. *Энцефалитическая форма* менингита сопровождается потерей сознания, мышечными судорогами, парезами различных групп мышц; она встречается главным образом у детей младшего возраста.

Встречаются также и легкие, атипично протекающие формы болезни; так, при а б о р т и в н о й форме наблюдаются острое начало, короткий лихорадочный период, головная боль, ригидность затылочных мышц; через 2—3 дня от начала болезни даже без терапии антибиотиками температура снижается до нормы, исчезают и другие клинические симптомы болезни.

М е н и н г о к о к ц е м и я начинается остро, протекает с клинической картиной тяжелого сепсиса, высокой лихорадочной реакцией. Примерно через сутки от начала болезни на коже нижних конечностей, на лице появляются розеолезные и папулезные элементы интенсивно-розового или слегка синюшного оттенка, а также — мелкие геморрагические элементы и неправильной, звездчатой формы красные пятна, переходящие в некроз (в центре сыпного элемента кожа приобретает темно-синюшный, почти черный цвет). Кроме того, могут появляться довольно значительные по размерам геморрагические пятна. У отдельных больных менингококцемия сопровождается артритами, причем поражаются главным образом мелкие суставы. В части случаев менингококцемия приводит к развитию гнойного менингита. При отсутствии немедленно начатого интенсивного лечения развиваются тяжелейший инфекционно-токсический шок, острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауза — Фридериксена), тяжелый коллапс, острая почечная недостаточность.

Д и а г н о з. Распознавание болезни основывается на эпидемиологических и клинических данных, при явлениях менингита большое значение имеют результаты исследования спинномозговой жидкости.

Дифференциальный диагноз проводят с гнойными менингитами другой этиологии (пневмококковым, стафилококковым, стрептококковым и др.), при наличии геморрагической сыпи — с сыпным тифом, при менингококцемии — с сепсисом, геморрагической лихорадкой, лекарственной болезнью.

Л е ч е н и е. Обязательна срочная госпитализация в специальные палаты и отделения. Лечение следует начать возможно раньше. Основным средством лечения является в/м введение массивных доз пенициллина. Первую инъекцию пенициллина делают сразу же после установления диагноза, не дожидаясь госпитализации. Пенициллин вводят из расчета 200 000 ЕД/кг в сутки, детям до 3 мес 300 000—400 000 ЕД/кг. Суточная доза пенициллина для взрослого должна составлять 18 000 000—20 000 000 ЕД (на 6 введений). Общая продолжительность курса лечения и суммарная доза пенициллина определяются наступлением стойкой нормализации температуры, исчезновением важнейших клинических симптомов и достаточно полной нормализацией спинномозговой жидкости. При непереносимости пенициллина рекомендуется левомицетина сукцинат натрия. Проводится дезинтоксикационная терапия (5 % раствор глюкозы, гемодез), по показаниям — противошоковые кровезаменители (полиглюкин, реополиглюкин), кортикостероиды, литические смеси с включением аминазина или тизерцина, промедола, антигистаминных препаратов, при отеке мозга — дегидратационная терапия.

П р о ф и л а к т и к а. Важнейшую роль играет выявление и изоляция больных, а также распознавание носителей менингококковой инфекции. Детей — носителей инфекции не допускают в ясли и детские сады, пионерские лагеря; взрослых носителей инфекции нельзя допускать к работе в больницах, клиниках, в детских учреждениях. Существенное значение для профилактики эпидемического менингита имеет санация носоглотки. Используются антибиотики: левомицетин или эритромицин, полусинтетические пенициллины. Выписка больных проводится после двукратных отрицательных результатов бактериологических исследований.

ОРНИТОЗ. Э т и о л о г и я. Возбудитель — Chlamydia ornithosis относится к семейству хламидозоа.

Э п и д е м и о л о г и я. Основным резервуаром инфекции являются дикие и домашние птицы (голуби, утки, реже — куры). В случаях, когда источником инфекции являются попугаи, заболевание носит название «пситтакоз». Возбудитель выделяется с испражнениями зараженных птиц; заражение человека чаще происходит воздушно-пылевым способом. В отдельных случаях возможно заражение с загрязненных птичьими фекалиями рук. Могут наблюдаться как единичные (спорадические) случаи, так и вспышки. Последние чаще имеют профессиональный характер. Болезнь встречается в любом возрасте.

П а т о г е н е з. При проникновении в дыхательную систему возбудитель вызывает воспалительные изменения в легких; попадание его в ток крови и последующая циркуляция вызывают длительное лихорадочное состояние. При проникновении возбудителя через желудочно-кишечный тракт поражаются печень, селезенка и другие органы. Поражения легких при этом пути заражения не возникает.

С и м п т о м ы. Инкубационный период 8—15 дней. Начало болезни чаще бывает острым: озноб, повышение температуры за несколько часов до 38,5—39 °С, общее недомогание. Затем появляются тупая боль в грудной клетке, сухой кашель. Вскоре начинает выделяться незначительное количество слизистой мокроты. При тяжелых формах отмечаются повторные ознобы и потоотделение. Перкуторные и аускультативные данные очень скудные; при рентгенологическом исследовании легких выявляется очаговая пневмония. Обращает внимание неэффективность лечения пневмонии пенициллином и сульфаниламидными препара-

тами. Болезнь иногда приобретает затяжное течение, продолжаясь до $1^1/_2$ мес с температурной кривой неправильного типа; как правило, она заканчивается длительным периодом сниженной трудоспособности. Со стороны желудочно-кишечного тракта могут наблюдаться снижение аппетита, тошнота, рвота, боли по ходу толстого кишечника, поносы или запоры. У многих больных отмечается увеличение печени и селезенки. В тяжелых случаях возможны явления серозного менингита. В 8—12 % случаев орнитоз принимает хроническое течение. Для картины крови характерны лейкопения, лимфопения, повышенная СОЭ.

Диагноз основывается на эпидемиологических данных, клинической картине. Подтверждением орнитоза служит положительная внутрикожная проба, а также положительная РСК в сыворотке крови больного (после 6—8-го дня лихорадочного периода).

Дифференциальный диагноз проводят с Ку-лихорадкой, атипичными пневмониями другой этиологии, при хроническом течении — с туберкулезом.

Лечение. Назначают тетрациклин внутрь по 0,3 г 4 раза в день. Продолжительность курса лечения зависит от сроков, в которые исчезают основные клинические симптомы и нормализуется температура. Во время лечения больному назначают десенсибилизирующие препараты, витамины, бронхорасширяющие средства, при тяжелых формах — оксигенотерапию. При затяжном и хроническом течении рекомендуется лечение вакциной.

Профилактика. Ветеринарно-санитарные мероприятия по предупреждению орнитоза у домашних птиц, выявлению больных птиц. Средства индивидуальной защиты у лиц, имеющих контакт с больными птицами.

ОСПА НАТУРАЛЬНАЯ. В настоящее время натуральная оспа на земном шаре ликвидирована. Однако сохраняется возможность внутрилабораторного заражения при проведении научных исследований с последующим распространением болезни.

Этиология. Возбудитель оспы — ДНК-содержащий вирус, находится в элементах сыпи на коже и слизистых оболочках.

Эпидемиология. Роль источников инфекции играют больные, которые в первые дни заболевания выделяют возбудителя во внешнюю среду с частицами слизи из носоглотки (воздушно-капельный путь передачи инфекции), а в поздние сроки — при отпадении содержащих вирус корочек с кожи и слизистых оболочек (контактным путем). Болезнь очень контагиозна.

Патогенез. Проникнув через кожу или слизистые оболочки, вирус начинает циркулировать в крови; при внедрении его в клетки кожи или слизистых оболочек на них образуются характерные высыпания. Вирус вызывает глубокие нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы.

Симптомы. Различают следующие основные клинические формы: 1) распространенная форма с достаточно обильной сыпью на коже и слизистых оболочках (встречается наиболее часто), 2) геморрагическая форма, 3) сливная оспа, 4) оспенная пурпура (крайне тяжелая форма оспы с летальным исходом), 5) вариолоид — атипичная, легкая, стертая форма болезни у людей, обладающих в результате профилактических прививок той или иной степенью иммунитета.

Инкубационный период от 5 до 15 дней.

При *распространенной форме* начало болезни всегда острое — с ознобом, болью в области крестца, быстрым повышением температуры тела до 40—40,5 °С. Это продромальный период болезни, продолжающийся 3—5 дней; примерно у 20—25 % всех больных имеются продромальные сыпи, которые сохраняются на протяжении 3—4 дней, не имея ничего общего с истинной оспенной сыпью, появляющейся позднее. По окончании продромального периода температура снижается до нормы или до 37,2—37,3 °С, сохраняясь на этом уровне в течение 3—4 дней. За этот период успевает образоваться истинная оспенная сыпь. Она имеет характерную локализацию, появляясь на волосистой части головы, чаще — на лбу, отчасти на лице, на кистях рук, в промежутках между пальцами рук и ног. Со 2-го дня от начала высыпания элементы сыпи появляются на туловище, затем распространяются на верхние и нижние конечности. Первоначально они имеют вид круглых, до 3 мм в диаметре розовых пятен, быстро превращающихся в папулы. Через 1—2 дня на вершине каждой папулы образуется пузырек (везикула), наполненный мутноватой жидкостью. Пузырьки имеют удлиненную форму, окружены тонкой каемкой гиперемии. Если проколоть пузырек в одном из его участков тонкой иглой, то полного опорожнения пузырька не наступает, так как он многокамерный. Каждый пузырек расположен на уплотненном участке кожи, дно пузырька инфильтрировано. Большинство везикул и пустул располагается на периферических (дистальных) участках тела. Высыпания на слизистых оболочках полости рта, носоглотки, гортани и трахеи имеют те же особенности.

Через 1—2 дня содержимое пузырьков нагнаивается, мутнеет, возникают гнойные пустулы, при этом температура нарастает до 40—41 °С и держится на этом уровне (с теми или иными колебаниями) в течение 10—15 дней и более. Пузырьки лопаются, гной истекает на кожу, вызывая зуд, раздражение и мацерацию кожи.

Нередко сами больные ногтями повреждают гнойные пустулы, переносят гной на здоровые участки кожи. Состояние больного становится мучительным, его беспокоит зуд кожи, он теряет аппетит, страдает от бессонницы. Тяжелое поражение сердечно-сосудистой системы может привести к летальному исходу. Прогноз всегда серьезен.

В случаях благоприятного исхода на участках, где произошло истечение гноя из пустул, образуются сухие темно-бурые корочки, отделяющиеся от поверхности кожи или слизистых оболочек к концу 3—4-й недели от начала болезни, когда больной начинает поправляться. Для картины крови характерна лейкопения или нормоцитоз; в формуле кро-

ви — относительный лимфоцитоз. Резко выражена тромбоцитопения.

При *геморрагической форме* болезни (в просторечии обозначаемой «черная оспа») полости пузырьков и пустул содержат примесь крови, которая изменяет свой цвет вплоть до черного.

Вариолоид — легчайшая форма оспы у людей, обладающих частичным иммунитетом, приобретенным в результате прививок, характеризуется отсутствием продромального периода, кратковременным повышением температуры (на 2—4 дня), скудностью элементов сыпи, расположенной только на лбу, шее, между пальцами рук и ног; элементы сыпи достигают неполного развития, они ограничиваются только образованием пузырьков (пустул не наблюдается). Болезнь заканчивается полным выздоровлением.

Диагноз. Болезнь распознается на основании эпидемиологических данных, анамнеза и клинической картины. Для подтверждения диагноза можно исследовать соскоб папул, содержимое пузырьков и пустул на специфический антиген возбудителя, обнаруживаемый в реакции встречной диффузии и преципитации в геле. В целях экстренной диагностики используется реакция пассивной гемагглютинации с содержимым оспенных элементов. Для обнаружения вируса используются методы электронной микроскопии. Для подтверждения диагноза натуральной оспы проводится также исследование парных сывороток крови в реакции торможения гемагглютинации.

Дифференциальный диагноз проводят в основном с ветряной оспой.

Лечение. Все больные подлежат госпитализации и строгой изоляции. Терапия симптоматическая. Необходимо строгое соблюдение гигиенических требований к нательному и постельному белью. С момента образования пустул их тушируют 2 % раствором перманганата калия на ватном тампоне. Кожу век протирают 1 % раствором борной кислоты, в глаза закапывают сульфацил-натрий (альбуцид), а в период гнойных высыпаний через день применяют официнальную тетрациклиновую глазную мазь. Слизистую оболочку полости рта и язык протирают 3 % раствором боракс-глицерина. Необходимы комплексная витаминотерапия, анальгетики, снотворные. По соответствующим показаниям применяют сердечно-сосудистые препараты, в/в вливания солевых растворов. При тяжелом течении оспы у ослабленных больных для подавления вторичной (бактериальной) инфекции применяют антибиотики.

Профилактика. Раннее выявление и госпитализация больных, проведение карантинных мероприятий. Персонал, ухаживающий за больными, должен носить марлевые повязки, пижамы, двойные халаты, резиновые хирургические перчатки. При появлении случая оспы в очаге устанавливается карантин на 17 дней, за находившимися в контакте проводят медицинское наблюдение в тот же период времени с помещением этих лиц в обсерватор.

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ОРЗ) объединяют ряд широко распространенных инфекционных болезней преимущественно вирусной этиологии. Их общей чертой является поражение дыхательных путей. К числу наиболее распространенных и хорошо известных ОРЗ (наряду с гриппом, см. соответствующий раздел) относятся: 1) аденовирусная инфекция, 2) парагрипп, 3) респираторно-синцитиальная вирусная инфекция, 4) риновирусная инфекция, 5) реовирусная инфекция, 6) респираторная микоплазменная инфекция.

Этиология. Возбудителями перечисленных выше ОРЗ являются соответственно: 1) аденовирусы более 30 серологических типов, патогенных для человека; 2) вирусы парагриппа (парамиксовирусы) четырех серологических типов; 3) респираторно-синцитиальные вирусы (миксовирусы), образующие на культурах тканей синцитий из разрушенных и слившихся клеток; 4) риновирусы (представители мелких вирусов) свыше 100 серологических типов; 5) реовирусы трех серологических типов; 6) микоплазмы-микроорганизмы, занимающие промежуточное положение между вирусами и бактериями.

Эпидемиология. Источником инфекции при всех ОРЗ является больной человек или вирусоноситель. Передача инфекций происходит воздушно-капельным путем. При аденовирусной и реовирусной инфекциях дополнительным путем является фекально-оральный. Заболевания встречаются в виде спорадических случаев или локальных вспышек. Характерна сезонность заболеваний (холодное время года).

Патогенез. Размножение возбудителя болезни происходит в эпителиальных клетках дыхательных путей. В последующем развивается вирусемия. При аденовирусной инфекции наряду с дыхательными путями поражается лимфоидная ткань, эпителий кишечника.

Для большинства ОРЗ характерно преимущественное поражение определенных отделов дыхательного тракта. В развитии осложнений основное значение имеет присоединение бактериальной флоры.

Симптомы. Инкубационный период от 1 до 8 дней. Начало заболеваний острое или подострое, иногда постепенное (парагрипп). Температура от субфебрильной до 39 °С. Легкие формы инфекции протекают с нормальной температурой. Даже при выраженной лихорадке интоксикация обычно незначительная. Основными клиническими проявлениями ОРЗ являются симптомы поражения дыхательных путей.

Аденовирусная инфекция в типичных случаях характеризуется развитием ринофарингита, острого тонзиллита, конъюнктивита, относительно высокой лихорадкой с продолжительностью от 2—3 до 12—14 дней. Часто наблюдается увеличение периферических лимфатических узлов. У 10—12 % больных увеличены печень и селезенка. У детей младшего возраста и реже у взрослых могут быть боли в животе, тошнота, рвота, жидкий стул.

Парагрипп протекает с явлениями упорного ларингита и ларинготрахеита. Отмечаются охриплость и осиплость голоса, вплоть до его

полной потери, небольшие боли в горле, сухой «лающий» кашель.

Респираторно-синцитиальная инфекция сопровождается развитием бронхита при умеренном поражении верхних дыхательных путей.

Риновирусная инфекция протекает с явлениями специфического ринита и конъюнктивита («больной непрерывно сморкается и плачет») при незначительно выраженной интоксикации, нередко нормальной температуре.

Реовирусная инфекция характеризуется симптомами ринофарингита, субфебрильной температурой, частым развитием кишечного синдрома (боли в животе, жидкий зловонный стул). Возможно увеличение печени.

Респираторная микоплазменная инфекция протекает с поражением дыхательных путей в виде ринофарингита или фарингита с последующим бронхитом. Наблюдается длительный, упорный кашель, вначале сухой, затем с трудным отделением скудной слизистой или слизисто-гнойной мокроты.

Следует особо подчеркнуть, что часто ОРЗ протекают без присущих каждому из них типичных признаков, когда клинически дифференцировать отдельные формы не представляется возможным.

Осложнения. Наиболее частыми осложнениями ОРЗ являются очаговые и интерстициальные пневмонии. У детей младшего возраста при аденовирусной инфекции и парагриппе возможно развитие отека гортани («ложный круп»). Изредка это осложнение наблюдается у более старших детей и взрослых. Возможно обострение хронических очагов инфекции (фронтитов, гайморитов, отитов и др.).

Диагноз. ОРЗ распознается на основании симптомов поражения дыхательных путей в сочетании с умеренно выраженной интоксикацией, субфебрильной или более высокой температурой. Определенное значение имеют эпидемиологические данные. Сложной представляется клиническая диагностика отдельных заболеваний. В типичных случаях возможен лишь клинический диагноз аденовирусной инфекции, парагриппа, риновирусной инфекции. При большинстве ОРЗ этиологический диагноз ставится на основании данных лабораторных исследований. Наличие отдельных типичных черт в клинической картине болезни позволяет выбрать соответствующие исследования, необходимые для лабораторной диагностики. При невозможности дифференцированной клинической диагностики и отсутствии условий для своевременной лабораторной диагностики ставится диагноз ОРЗ. Для лабораторной диагностики ОРЗ применяют методы иммунофлюоресценции (исследование мазков из носоглотки), серологические методы (реакция торможения гемагглютинации, РСК, реакция гемадсорбции) с исследованием парных сывороток, вирусологические методы, выделение микоплазм на специальных средах.

Дифференциальный диагноз ОРЗ проводят с гриппом, с начальными проявлениями детских инфекций.

Лечение. Подавляющее большинство больных ОРЗ лечатся дома. Госпитализировать следует больных с осложнениями и детей младшего возраста с выраженной интоксикацией и температурой. Антибиотики и сульфаниламидные препараты назначают при осложнениях ОРЗ (пневмонии) и при подозрении на микоплазменную инфекцию (тетрациклин 0,3 г 4 раза в сутки на протяжении 7 дней). Лечение проводится симптоматическими средствами (анальгин, кодеин, отхаркивающие микстуры). Рекомендуются аскорбиновая кислота, антигистаминные препараты, при трахеитах — горячее молоко с медом, с содой, боржом, горчичники, ножные ванны. При тяжелом течении вводят сывороточный полиглобулин, донорский гамма-глобулин (1—3 мл).

При начальных проявлениях ложного крупа — горчичники на область трахеи, горячие компрессы на область шеи, бромиды, димедрол (снотворные и нейроплегические средства противопоказаны!), увлажнение воздуха в помещении. При нарастании стеноза кортикостероиды, увлажненный кислород, сердечные средства. При затянувшемся крупе, выраженном стенозе и особенно при асфиксии необходима трахеостомия.

Профилактика. Раннее выявление и изоляция больных (в домашних условиях). Регулярное проветривание помещений, влажная уборка, лейкоцитарный интерферон, оксолиновая мазь.

ПАРАТИФЫ А И Б — острые инфекционные заболевания, вызываемые соответственно бактериями паратифов А и Б, характеризующиеся общими с брюшным тифом эпидемиологическими свойствами и очень сходной клинической картиной. Источником инфекции являются больные, выздоравливающие и бактерионосители; заражение происходит в результате проникновения возбудителя через рот.

Особенности течения паратифа А: более короткий инкубационный период, острое начало болезни, нередко с насморком и кашлем, повышение температуры сопровождается ознобом и обильным потоотделением, в ранние сроки появление сыпи, обилие кожных высыпаний. Относительно умеренная интоксикация, частые рецидивы. Паратиф Б характеризуется острым началом болезни с появлением рвоты, поноса, обильной сыпью, более коротким лихорадочным периодом.

Диагноз основывается на эпидемиологических данных, анамнезе, клинической картине и подтверждается при помощи бактериологических (посевы крови, кала, желчи, мочи), а также серологических исследований. Дифференциальный диагноз проводят так же, как и при брюшном тифе.

Лечение и профилактика см. *Брюшной тиф.*

ПАРОТИТ ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ, СВИНКА. Этиология. Возбудитель болезни — РНК-содержащий вирус, паразитирующий в клетках эпителия слюнных желез.

Эпидемиология. Болезнь передается воздушно-капельным путем от больных, являющихся наиболее заразными в самом конце инкубационного периода и по 9-й день болезни

включительно. Отмечается сезонность заболеваний (преимущественно март-апрель). Чаще заболевают дети.

Патогенез. Проникнув в организм через слизистую носоглотки, вирус достигает по лимфатическим путям околоушной железы. Болезнь сопровождается вирусемией, которая делает возможным развитие различных осложнений.

Симптомы. Инкубационный период 11—19 дней. В начале болезни отмечается небольшой озноб, быстрое повышение температуры тела до 39—40 °С, умеренная головная боль, общее недомогание. Через 2 дня на стороне поражения (слева или справа) появляется припухлость околоушной железы. Сначала припухлость заметна впереди ушной раковины, затем она распространяется кзади и вниз (за угол нижней челюсти), при этом — мочка уха несколько оттопыривается, ямка, расположенная позади ее, заполняется. Ощупывание железы становится болезненным. Кожа над увеличенной железой растянута, блестит и лоснится. На центральном участке увеличенная околоушная слюнная железа плотнее, по периферии имеет более мягкую консистенцию. При прожевывании и глотании пищи на стороне поражения отмечается болезненность. У некоторых больных через 1—2 дня после припухания одной околоушной железы увеличивается и другая железа, лицо больного принимает грушевидную форму («свинка»). При благоприятном течении болезни лихорадочный период продолжается 3—4 дня, но в тяжело протекающих случаях, у ослабленных детей, а также при двустороннем поражении околоушных слюнных желез может достигнуть 6—7 дней. В большинстве случаев течение болезни благоприятное, но изредка оно может осложняться серозным менингитом или менингоэнцефалитом, панкреатитом, у мальчиков и мужчин — орхитом. Возможны парезы лицевого нерва, сдавленного увеличенной слюнной железой

Диагноз. Болезнь распознается на основании эпидемиологических данных и клинической картины. Необходимо дифференцировать от гнойных паротитов бактериального происхождения.

Вспомогательными методами диагностики являются серологические реакции торможения гемагглютинации, РСК с определением нарастания титров антител в парных сыворотках.

Лечение. Больных изолируют на дому, при тяжелом течении или осложнениях — госпитализируют и назначают постельный режим на 8—10 дней. На пораженные околоушные железы применяют сухое тепло. Необходима молочно-растительная диета. Медикаментозная терапия сводится к лечению соответствующих осложнений (орхита, серозного менингита, панкреатита).

Профилактика. Изоляция заболевших на срок не менее 9 дней. В детских учреждениях, где были случаи эпидемического паротита, устанавливается карантин на 21 день.

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ.

Этиология. Болезнь вызывается различными видами бактерий из семейства кишечных, чаще — сальмонеллами, число разновидностей которых превышает 1700 типов. У отдельных больных пищевые токсикоинфекции могут вызывать стафилококки, стрептококки, а также некоторые условно патогенные бактерии, в том числе кишечная палочка, протей, споровые анаэробы и др.

Эпидемиология. Основную роль в происхождении пищевых токсикоинфекций играет употребление в пище продуктов, зараженных бактериями-возбудителями, а также содержащих в себе эндотоксины возбудителя. Чаще всего заражение и заболевание вызывается употреблением инфицированного мяса и рыбы. Инфицирование может происходить у сельскохозяйственных животных прижизненно, а также может быть связано с условиями убоя скота, разделки туш, хранением мяса без нужного охлаждения, отсутствием должной кулинарной обработки (кипячения или прожаривания). Наибольшую опасность представляют вареные колбасы, сосиски, сардельки, мясные фарши, котлеты, студни, если они оказались инфицированными и не хранились на холоде. В теплое время года случаи заболевания учащаются: возможны как спорадические случаи, так и групповые вспышки заболеваний. При пищевых токсикоинфекциях, вызванных сальмонеллами, источниками инфекции могут быть люди (бактерионосители сальмонелл). При пищевых токсикоинфекциях стафилококковой этиологии чаще инфицируются молочные продукты, изделия, содержащие крем (торты, пирожные), мороженое. В этих случаях источниками инфекции обычно являются люди, страдающие стафилококковыми гнойничковыми заболеваниями кожи.

Патогенез. Проникновение возбудителей и их эндотоксинов с инфицированной пищей приводит к острому воспалительному процессу в желудке и кишках. Всосавшиеся в кровь эндотоксины вызывают нарушения водно-электролитного обмена, нарушают деятельность сердечно-сосудистой системы, почек и надпочечников. При заболеваниях сальмонеллезной этиологии наряду с токсинами в развитии патологических процессов принимают участие и сами микробы, локализующиеся внутриклеточно в слизистой и подслизистой оболочке желудочно-кишечного тракта. Возможна генерализация сальмонелл с гематогенным заносом в различные органы и ткани.

Симптомы. При заболеваниях, вызванных сальмонеллами (сальмонеллезах), инкубационный период составляет от 3—5 до 20—24 ч, изредка может удлиняться до $1^1/_2$ сут. При заболеваниях стафилококковой этиологии инкубационный период может быть очень коротким (до 1 ч), максимальный до 6 ч. Пищевые токсикоинфекции, вызванные стафилококком, стрептококком, споровыми анаэробами, протеем, обычно протекают с клинической картиной острых гастроэнтеритов, гастроэнтероколитов и энтероколитов разной тяжести.

При пищевых токсикоинфекциях сальмонеллезной этиологии (сальмонеллезах) различают следующие клинические формы: гастритическую (наблюдается редко), гастроэнтеритическую (свыше 60 % всех случаев пищевых

токсикоинфекций), гастроэнтероколитическую, энтероколитическую. Выделяют также генерализованные формы сальмонеллеза (тифоподобную и септическую). Независимо от этиологического фактора все пищевые токсикоинфекции протекают со сходной клинической картиной.

При гастроэнтеритической форме начало болезни всегда острое: рвота (нередко повторная), на 1—2 ч позже или одновременно — понос, познабливание, быстрое повышение температуры тела до 38,5—40 °С, общая слабость, недомогание, боли в верхней половине живота, горячая на ощупь кожа, учащенный жидкий стул со зловонным запахом, содержащий в сильно разжиженных каловых массах примесь зелени, составляют характерные признаки начального периода болезни. При осмотре больного в 1-й день болезни отмечается учащение пульса соответственно уровню температуры, приглушение тонов сердца, некоторое снижение уровня АД, равномерно обложенный белым налетом язык, слегка втянутый живот. Нередко в разной степени выражены явления обезвоживания: сухой язык, запавшие глаза, снижение тургора кожи, судороги. Количество выделяемой больным мочи резко уменьшается. На 2-й день все эти симптомы могут усиливаться в своей интенсивности, после своевременного энергичного лечения быстро исчезают. При тяжелом течении — уже в первые часы от начала болезни возможно быстрое падение уровня АД, появление симптомов значительного обезвоживания с последующим коллапсом.

Энтероколитическая форма характеризуется поносом, выделением жидких каловых масс, содержащих довольно обильную примесь слизи, а иногда и прожилки крови; при пальпации сигмовидной кишки, в левой подвздошной области определяются чувствительность, спазм сигмовидной кишки, которая пальпируется как плотный тяж. Клиническое течение этой формы сальмонеллеза очень напоминает дизентерию Зонне.

Диагноз. Болезнь распознается на основании анамнеза (заболевания нескольких человек, употреблявших один и тот же продукт), клинической картины, данных лабораторных исследований. Клиническая картина пищевой токсикоинфекции при ее различной этиологии настолько схожа, что не позволяет без результатов лабораторных исследований поставить этиологический диагноз. Первоначально ставится диагноз пищевой токсикоинфекции (с указанием ее формы, степени тяжести). Если при лабораторном обследовании не удается выявить этиологию заболевания (например, сальмонеллезную), то ставится окончательный клинический диагноз пищевой токсикоинфекции.

Лабораторная диагностика включает бактериологические исследования испражнений, рвотных масс, промывных вод желудка больного, крови и мочи; серологические исследования (реакция пассивной гемагглютинации с сальмонеллезными антигенами).

Дифференциальный диагноз проводят с дизентерией (особенно ее гастроэнтероколитической формой), холерой, отравлением ядовитыми грибами, различными химическими веществами. Особенно сложным и ответственным является дифференциальный диагноз при гастритической форме пищевой токсикоинфекции (гастралгическая форма инфаркта миокарда, острый панкреатит, острый холецистит, обострение язвенной болезни желудка и др.).

Лечение. Больным необходимо безотлагательно промыть желудок, восполнить объем потерянной жидкости. При легком течении заболевания перорально назначают солевые растворы, энтеродез. Количество выпитой жидкости должно соответствовать ее потерям. При более тяжелом течении болезни, выраженной интоксикации, частой рвоте показано в/в капельное введение солевых растворов (квартасоль, трисоль, состав растворов см. *Холера*) до 2000—4000 мл и более. При коллапсе назначают струйное введение противошоковых кровезаменителей (полиглюкин, реополиглюкин), в/в вводят кортикостероиды (преднизолон 60—120 мг, дезоксикортикостерона ацетат 2 мл 0,5 % раствора), сердечные гликозиды, продолжают вливание солевых растворов. При генерализации сальмонеллезной инфекции применяют антибиотики (левомицетин, ампициллин).

Профилактика. Меры ветеринарного надзора за скотом, подлежащим убою, строгое соблюдение всех санитарно-гигиенических требований при убое сельскохозяйственных животных, разделке и хранении мяса и рыбы, в процессе приготовления и хранения консервов. Категорически запрещается употреблять в пищу консервы, хранившиеся в банках, имевших вздутие (бомбаж), а также мясные (особенно вареные колбасы, фарши и студень) и рыбные продукты, которые по внешнему виду и запаху производят впечатление недоброкачественных. Большую роль в профилактике заболеваний играет правильная кулинарная обработка продуктов.

После перенесенной сальмонеллезной инфекции выписка реконвалесцентов проводится после двукратного бактериологического исследования кала (для работников пищевых предприятий — троекратного) с отрицательным результатом. Необходимо отстранение от работы бактерионосителей — работников пищевых предприятий.

РОЖА. Этиология. Болезнь вызывается бета-гемолитическим стрептококком.

Эпидемиология. Рожа — спорадическое заболевание. Больные малоконтагиозны. Источником инфекции может быть больной любой стрептококковой инфекцией (ангина, скарлатина и др.). В свою очередь больной рожей может явиться источником других заболеваний стрептококковой этиологии. Основной механизм передачи инфекции — контактный. Дополнительное значение имеет воздушно-капельный механизм передачи. Чаще болеют женщины. Характерна летне-осенняя сезонность болезни.

Патогенез. Стрептококк проникает в лимфатические сосуды и капилляры кожи, где формируется очаг инфекции. Возникает серозное или серозно-геморрагическое воспаление

всех слоев кожи, токсемия, развивается выраженная аллергия к стрептококку. После перенесенного заболевания иммунитет не создается. Появляется предрасположенность к повторным заболеваниям рожей.

Симптомы. Инкубационный период от нескольких часов до 5 сут. Болезнь начинается остро: отмечаются быстрое повышение температуры тела до 39—40 °С, озноб, резкая общая слабость, головная боль. У многих больных наблюдаются тошнота и рвота. Местные проявления болезни возникают почти одновременно с развитием общей интоксикации или спустя несколько часов и даже сутки после начала болезни (обычно при локализации процесса на ногах). Для эритематозной рожи характерна четко отграниченная гиперемия кожи, ее инфильтрация, отек, умеренная болезненность при пальпации, наличие регионарного лимфаденита. При эритематозно-буллезной роже на фоне эритемы образуются пузыри различных размеров, содержащие светлую, прозрачную жидкость. Сильно выражен отек кожи. При эритематозно-геморрагической роже появляются геморрагии в области эритемы. Буллезно-геморрагическая рожа характеризуется наличием геморрагического и фибринозного экссудата в полости пузырей. Рожа локализуется чаще всего на лице, затем на ногах; значительно реже болезнь поражает руки и крайне редко — туловище.

Продолжительность лихорадочного периода при своевременно начатом лечении не превышает 2—4 сут. Местные проявления болезни исчезают через 1—3 нед и более (при буллезно-геморрагической роже). После стихания острого воспаления нередко остаются стойкий отек, лимфостаз. При рецидивирующем течении рожи возможно формирование слоновости.

Рецидивы рожи возникают с постоянной локализацией в сроки от 2—4 нед до года и позднее после перенесенного заболевания. На протяжении нескольких лет больной может перенести более 10—15 рецидивов. Болезнь приобретает хроническое течение. В остром периоде рожи наблюдаются лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, умеренно повышенная или нормальная СОЭ.

Осложнения. Наиболее часты абсцессы, флегмоны, язвы и некрозы кожи, флебиты, тромбофлебиты. У ослабленных лиц при присоединении стафилококковой инфекции возможен сепсис. К последствиям рецидивирующей рожи относится вторичная слоновость.

Диагноз. Болезнь распознается на основании характерных клинических данных, указаний в анамнезе на перенесенное в прошлом заболевание рожей (в атипичных случаях). Дифференцируют от абсцесса, экземы, различных дерматитов, опоясывающего лишая, эризипелоида (свиная рожа) и кожной формы сибирской язвы.

Лечение. Больных с выраженной интоксикацией, распространенными местными проявлениями болезни, а также больных с часто рецидивирующей рожей госпитализируют в инфекционные отделения. Лечение других больных может осуществляться в поликлинике, амбулатории. Проводится лечение антибиотиками. Пенициллин назначают в дозе 2 000 000—3 000 000 ЕД/сут (4—6 введений на протяжении суток). При невозможности организовать в условиях поликлинического лечения регулярные инъекции пенициллина рекомендуются антибиотики для перорального применения (олететрин по 0,25 г 4 раза в день, эритромицин, олеандомицин по 300 000 ЕД 4 раза в день). Курс лечения антибиотиками 8—10 дней. Сульфаниламидные препараты при роже малоэффективны. При частых рецидивах болезни назначают цефалоридин, линкомицин, полусинтетические пенициллины. Показаны аскорбиновая кислота, рутин, витамины группы В, антигистаминные препараты. При вялом, затяжном течении рожи, частых рецидивах, развитии язв и эрозий назначают продигиозан в/м 1 раз в 4 дня по 50—100 мкг на инъекцию, курс лечения 3—5 инъекций. Целесообразно в аналогичных случаях проведение аутогемотерапии. Местное лечение проводится лишь при наличии обширных пузырей на коже конечностей (повязки с растворами риванола или фурацилина, в последующем — с левомицетиновой или синтомициновой эмульсией). Противопоказаны в остром периоде рожи повязки с мазью Вишневского, ихтиоловой мазью. Для устранения отечного синдрома, лимфостаза применяется физиотерапия (озокерит, парафин, электрофорез хлорида кальция, лидазы, радоновые ванны). При слоновости — хирургическое лечение.

Профилактика. Тщательное соблюдение личной гигиены, предупреждение микротравм и опрелости, лечение хронических заболеваний кожи, санация очагов хронической стрептококковой инфекции. Высокоэффективна бициллинопрофилактика рожи. При частых рецидивах вводят в/м бициллин-5 в дозе 1 500 000 ЕД 1 раз в 3—4 нед на протяжении 2—3 лет. При значительных остаточных явлениях рожи или при выраженной сезонности рецидивов бициллин-5 назначают в виде профилактических курсов продолжительностью 4—6 мес.

САЛЬМОНЕЛЛЕЗЫ см. *Пищевые токсикоинфекции.*

СИБИРСКАЯ ЯЗВА. Этиология. Болезнь вызывается спороносной бактерией.

Эпидемиология. Источником инфекции служат сельскохозяйственные животные (крупный и мелкий рогатый скот, отчасти — свиньи). К заражению сибирской язвой может вести нарушение санитарно-гигиенических требований при уходе за больными животными, убое скота, обработке их кожи, шерсти или щетины. Фактором передачи инфекции является также почва на местах бывших скотомогильников. Неоднократно наблюдались также и бытовые заражения (ношение шерстяного платка, зараженного спорами сибиреязвенных бактерий и др.). Возбудитель может проникать в организм человека через поврежденную кожу (контактный механизм передачи), через слизистые оболочки (верхние дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт). Заражение воздушно-пылевым способом приводит к развитию редко встречающейся легочной формы

болезни. При прорастании в организме происходит переход спор в очень вирулентные вегетативные формы, которые и обусловливают развитие клинических симптомов.

Патогенез. На месте внедрения инфекции в организм возникают некротические изменения тканей (кожная форма) или серозно-геморрагический выпот (экссудат при легочной форме болезни). Из первичного очага возбудитель проникает в ток крови (бактериемия), что может привести к развитию вторичных поражений (геморрагический менингит, эндокардит).

Симптомы. Различают следующие основные клинические формы болезни: 1) кожную, 2) легочную, 3) желудочно-кишечную, 4) первично-септическую.

Чаще других встречается кожная форма болезни. Инкубационный период от 3 до 14 дней. Развивается в результате проникновения спор и вегетативных форм сибиреязвенных бактерий через трещины, ссадины, царапины или раны кожи. Сначала на месте проникновения возбудителя возникает красное, сильно зудящее пятно, которое вскоре превращается в плотный узелок — папулу. По прошествии 10—20 ч на вершине папулы образуется пузырек, вскоре наполняющийся серозно-кровянистым содержимым. Образовавшаяся таким образом пустула лопается; на ее месте образуется черный струп, состоящий из некротизированных тканей, напоминающих уголь. В дальнейшем струп западает, вокруг него образуется 4—5 вторичных, дочерних пузырьков, каждый из которых в дальнейшем приводит к образованию небольшого некротического струпа. Формируется так называемый сибиреязвенный карбункул. По периферии от центрального и периферических струпьев развивается массивный отек мягких тканей — кожи и подкожной клетчатки. Ткани в области отека студнеобразно напряжены, кожа лоснится. В области отека мягкие ткани совершенно безболезненны — даже при покалывании булавкой. Болезнь сопровождается значительным повышением температуры (до 40—41 °С), общей слабостью, угнетенным настроением, бессонницей и потерей аппетита. В конце болезни как центральный, так и мелкие периферические струпья отторгаются, рубцовая ткань заменяет их на коже с образованием поверхностного струпа.

При *легочной форме* начало болезни острое, с озноба, быстрого повышения температуры тела до 41 °С, затем появляется кашель, сопровождающийся выделением большого количества жидкой, пенистой розовой мокроты. Иногда отмечается боль в грудной клетке. Течение болезни тяжелое и прогноз всегда серьезный. Тяжело протекает и *кишечная форма,* для которой характерны выраженная интоксикация и симптоты геморрагического энтероколита.

Диагноз. Болезнь распознается на основании эпидемиологических и клинических данных. Диагноз подтверждается при выделении сибиреязвенных бактерий из организма больного (из карбункула, крови, мокроты, рвотных масс, испражнений). Ставится кожная аллергическая проба с введением внутрикожно специфического аллергена (0,1 мл антраксина).

Лечение. Всех больных сибирской язвой госпитализируют. Лечение проводится противосибиреязвенным глобулином. После предварительной внутрикожной пробы и десенсибилизации вводят в/м 30—60 мл 10 % раствора глобулина. Курс лечения 5—7 дней в убывающих дозах. При отсутствии глобулина может применяться противосибиреязвенная сыворотка (100—200 мл в/м). Правила десенсибилизации те же, что и при введении глобулина. Введение иммунопрепаратов сочетается с антибиотикотерапией. Лишь при легких формах болезни можно ограничиться одними антибиотиками. Применяют пенициллин в дозе 2 000 000—4 000 000 ЕД/сут с введением 4—6 раз в сутки. Курс лечения 7—8 дней. Возможно применение тетрациклина, левомицетина. При тяжелых формах проводят дезинтоксикационную терапию, назначают противошоковые кровезаменители, кортикостероиды, сердечные средства, оксигенотерапию.

Профилактика включает ветеринарный контроль за сельскохозяйственными животными, исследование животного сырья (кожи, шерсти, щетины) на зараженность спорами сибиреязвенных бактерий и недопущение такого сырья в переработку без его предварительного обеззараживания; категорическое запрещение употреблять в пищу мясо больных или подозрительных на заболевание сибирской язвой животных; соблюдение специальных правил захоронения трупов животных, павших от сибирской язвы; профилактическая иммунизация животных и людей (специальными вакцинами). Лица, находившиеся в контакте с больными животными, подлежат активному врачебному наблюдению в течение 2 нед.

СКАРЛАТИНА. Возбудитель — бета-гемолитический стрептококк.

Эпидемиология. Источник инфекции — больной с начала заболевания вплоть до 4—5 дней после исчезновения клинических симптомов. Основной путь передачи инфекции — воздушно-капельный, она может передаваться через белье, предметы обихода, игрушки. Входными воротами инфекции являются глоточные миндалины. Заболевание чаще наблюдается в сырое и холодное время года. Встречаются как единичные (спорадические) случаи, так и вспышки, эпидемии болезни. Среди заболевших преобладают дети.

Патогенез. Первичный очаг инфекции — в миндалинах и носоглотке. Микроб проникает в регионарные лимфатические узлы с развитием лимфаденита. В кровь поступают токсины и аллергены стрептококка. Тяжелые формы и осложнения скарлатины связаны с токсическим воздействием, генерализацией стрептококка и развитием аллергии.

Симптомы. Продолжительность инкубационного периода от нескольких часов до 7 дней. Типичная форма скарлатины начинается остро: после незначительного познабливания температура тела за 6—7 ч повышается до 38,5—40 °С. У маленьких детей при этом нередко появляется однократная или повторная

рвота. Больные жалуются на головную боль, недомогание, болезненность при глотании; дети отказываются от пищи и капризничают.

В конце 1-х суток заболевания (в отдельных случаях на 2-й день) появляются характерные мелкоточечные высыпания на коже. Первоначально сыпь появляется на шее и верхней части груди, а в течение последующих 2—3 дней распространяется по всему телу. Сыпь состоит из многочисленных мелкоточечных элементов, густо расположенных один около другого и образующих на коже сплошное насыщенно-розовое поле.

Лицо больного слегка одутловато, щеки ярко гиперемированы, тогда как подбородок и окружность рта на участке, ограниченном носогубными складками, отличается резкой бледностью («скарлатинозный треугольник»). В зеве отмечается разлитая гиперемия мягкого неба, язычка и миндалин. Грязновато-белый или слегка желтоватый налет покрывает миндалины, распространяясь в дальнейшем на мягкое небо и язычок. У некоторых больных увеличиваются регионарные (подчелюстные) лимфатические узлы.

На протяжении первых 2—3 дней болезни язык остается влажным, покрыт серовато-белым налетом; с 3—4-го дня налет исчезает и тогда вид языка становится очень характерным. На кончике его можно видеть многочисленные выбухающие сосочки, а цвет языка становится ярко-красным («малиновый язык»).

Картина крови в первые 2—3 дня отличается умеренным нейтрофильным лейкоцитозом. После 3—4-го дня у многих больных отмечается эозинофилия (6—8 % эозинофилов).

Температура тела сохраняется на высоких цифрах в течение 3—6 дней, затем начинает снижаться и приходит к норме на 9—10-й день болезни. Одновременно улучшается общее состояние больного, уменьшается интоксикация, исчезают сыпь и другие симптомы. В настоящее время на фоне лечения пенициллином скарлатина в 80—90 % случаев протекает легко. Изменения в зеве имеют катаральный характер, быстро нормализуется температура, крайне редко встречаются осложнения в виде гнойного лимфаденита, нефрита, миокардита. В то же время отмечается увеличение повторных случаев скарлатины (до 8—10 %).

Диагноз. Болезнь распознается на основании эпидемиологических данных, клинической картины. Для диагноза скарлатины важно обнаружение гиперемии, насыщенно-розовой окраски естественных складок кожи. Дифференциальный диагноз проводят с ангинами различной этиологии (включая катаральную и фолликулярную ангину), дифтерией зева. В отдельных случаях нужно дифференцировать от краснухи, при которой отсутствуют явления ангины (типичные для скарлатины), но отмечается увеличение затылочных лимфатических узлов.

Лечение. Больных лечат на дому или в инфекционном отделении. Показаниями к госпитализации являются тяжелые, осложненные формы болезни, сопутствующие заболевания. Лечение проводят пенициллином (20 000 ЕД/кг в сутки). Антибиотики назначают всем больным независимо от тяжести течения. Курс лечения 5—7 дней. При тяжелых формах пенициллин комбинируют с другими антибиотиками, проводят дезинтоксикационную терапию (5 % раствор глюкозы, изотонический раствор натрия хлорида, гемодез), назначают сердечные средства. При всех формах болезни показана витаминотерапия.

Профилактика. Раннее выявление и изоляция источников инфекции. Больных изолируют дома или в стационаре на 10 дней, считая от начала болезни. Дети, посещающие дошкольные учреждения и первые 2 класса школы, изолируются на 22 дня. Для лиц, находившихся в контакте с больными скарлатиной, устанавливается карантин сроком на 7 дней. Заключительная дезинфекция в очаге не проводится.

СТОЛБНЯК. Этиология. Болезнь вызывается анаэробной, спорообразующей палочкой.

Эпидемиология. Заражение и заболевание столбняком происходит в результате попадания в раны, трещины и ссадины кожи столбнячной палочки из почвы, куда она заносится вместе с фекалиями животных и человека и где очень долго сохраняется в своей спороносной форме.

Патогенез. Возбудитель образует сильный экзотоксин, который с током крови и по двигательным волокнам периферических нервов поступает в спинной и продолговатый мозг, нарушает физиологическую корреляцию образования импульсов в двигательных клетках передних рогов спинного мозга. Возникают постоянные тонические напряжения мышц и периодически появляющиеся тетанические судороги.

Симптомы. Инкубационный период от нескольких дней до 1 мес. Ранний признак болезни — судорожное сокращение (тризм) жевательных мышц, непроизвольное смыкание челюстей, затрудняющее раскрытие рта и жевание. В самом начале заболевания появляется тупая болезненность в области входных ворот инфекции уже закрывшейся раны. Примерно в 50 % случаев в этом раннем периоде столбняка можно вызвать следующий симптом: разминая мышцы в области входных ворот инфекции можно отметить напряжение, ригидность мышц больного. Наблюдается также ригидность мышц затылка, затруднение при глотании (дисфагия).

В разгаре болезни лицо больного принимает характерный вид: длительные тонические судороги мимических мышц, наморщенный лоб, приподнятые брови, морщины вокруг глаз, стиснутые зубы. Судороги охватывают различные группы мышц, начиная с мышц головы в нисходящем порядке. Приступы имеют тонический и клонический характер; каждый приступ сопровождается значительной болезненностью в соответствующих группах мышц, резко обостряется их рефлекторная возбудимость. На высоте развития большого приступа судорог голова больного запрокидывается назад, тело изгибается в виде дуги,

принимает положение опистотонуса, опираясь на затылок и пятки; возможен разрыв длинных мышц спины, переломы позвоночника. При возникновении тонических мышечных судорог особенно резко напрягаются мышцы живота; судороги затрудняют глотание; мочеиспускание и опорожнение кишечника также задерживаются. Тонические судороги межреберных мышц могут вызвать серьезные расстройства внешнего дыхания, вести к асфиксии и аспирационной пневмонии. Шум, свет, прикосновения могут вызывать судороги рефлекторным путем. Повышение температуры отмечается только в первые 3—4 дня болезни.

Варианты клинического течения: а) молниеносный столбняк, который сопровождается тяжелыми приступами судорог и параличом внешнего дыхания; б) местный столбняк (при нем судороги ограничиваются какой-либо областью тела, например столбняк головы). При родах, проходивших в антисанитарных условиях, возможен столбняк новорожденных.

Диагноз основывается на анамнезе и клинической картине. Дифференциальный диагноз проводят с отравлением стрихнином, в отдельных случаях — с истерическими припадками и бешенством.

Лечение. Больных госпитализируют, обеспечивают им полный покой, все мероприятия по уходу за больным, лечебные манипуляции проводятся под защитой введения нейроплегических смесей, барбитуратов. Применяют противостолбнячную сыворотку с предварительной внутрикожной пробой и десенсибилизацией (см. *Дифтерия*). Сыворотку вводят в/м в дозе 100 000—150 000 МЕ/сут. За 30 мин до введения сыворотки вводят столбнячный анатоксин (0,5 мл). Для купирования судорожного синдрома вводят нейроплегическую смесь (2 мл 2,5 % раствора аминазина, 0,5 мл 0,05 % раствора скополамина, 1 мл 2 % раствора промедола, 2 мл 1 % раствора димедрола) в сочетании с хлоралгидратом (4 % раствор в клизмах), барбитуратами. При отсутствии эффекта, усилении судорог, молниеносном столбняке проводится лечение миорелаксантами с переводом больного на управляемое дыхание. Необходимо введение солевых растворов, 5 % раствора глюкозы, 4 % раствора гидрокарбоната натрия, сердечных средств, антибиотиков для предупреждения осложнений.

Профилактика. Тщательная хирургическая обработка ран, введение под кожу 1 мл адсорбированного столбнячного анатоксина, затем через 30 мин 1500—3000 МЕ противостолбнячной сыворотки (после предварительной внутрикожной пробы и десенсибилизации). Профилактика травм на производстве. Плановая активная иммунизация определенных профессиональных контингентов.

СЫПНОЙ ТИФ. Этиология. Болезнь вызывают риккетсии Провацека.

Эпидемиология. Источником инфекции являются больные сыпным тифом; вошь, насосавшаяся крови больного, становится заразной через 5—6 дней и выделяет со своими испражнениями риккетсии Провацека. Переходя на тело здорового человека, она при укусе вызывает сильный зуд; заражение происходит при инокуляции (занесении, втирании) испражнений вши в ранку, причиненную укусом, или в расчесы кожи. Возможны повторные заражения сыпным тифом спустя $1^1/_2$ года и в более поздние сроки после перенесенного ранее заболевания.

Клинически сходная с сыпным тифом болезнь Брилля развивается у людей, ранее переболевших сыпным тифом, в связи с рецидивом инфекции. В СССР эпидемический сыпной тиф не наблюдается, но имеются отдельные случаи болезни Брилля.

Патогенез. Риккетсии Провацека из входных ворот инфекции проникают в ток крови и циркулируют в ней на протяжении всего лихорадочного периода болезни. Они поражают эпителиальные клетки, эндотелий мелких кровеносных сосудов (капилляров, артериол), что влечет за собой образование сыпи на коже. Одновременно развиваются поражение мышцы сердца и симптомы менингоэнцефалита.

Симптомы. Инкубационный период 12—14 дней. Болезнь начинается остро или подостро. Обычно после небольшого озноба температура тела довольно быстро достигает 39—39,5 °С и сохраняется на этом уровне в течение последующих 7—9 дней. С самого начала болезни возникают сильные головные боли, значительная общая слабость, бессонница, потеря аппетита. Возможны потеря сознания, бред. Лицо больного гиперемировано и слегка одутловато; глаза — красные («кроличьи») вследствие инъекции сосудов конъюнктивы век и глазного яблока. Кожа тела сухая, горячая на ощупь; иногда кожа ладоней прокрашивается в желтый цвет. Пульс учащается соответственно повышению температуры, но может и отставать от ее уровня (относительная брадикардия). Тоны сердца приглушены, может выслушиваться небольшой систолический шум на верхушке; АД снижается. Язык равномерно обложен. С 4-го дня болезни увеличиваются печень и селезенка. В течение первых 2—4 дней появляются, а затем и нарастают менингеальные и менингоэнцефалитические явления — ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, возбуждение больных, оглушенность.

Картина крови характеризуется нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом влево и отсутствием эозинофилов.

С 4-го дня болезни, а у некоторых больных на 5—6-й день появляются характерные кожные высыпания. Сыпь имеет излюбленную локализацию на боковых поверхностях грудной клетки, на спине, отчасти на груди, на сгибательной поверхности рук, а иногда и на ногах. Элементы сыпи представляют собой неправильной формы розового цвета пятна размером до 3—4 мм и даже несколько более крупные по величине. В центре розеол возможны точечные кровоизлияния — петехии.

Начиная с 8—10-го дня болезни температура постепенно снижается, достигая за 2 дня нормального уровня, интоксикация и другие симптомы исчезают.

Сыпной тиф может осложняться пневмонией, миокардитом, тромбофлебитом. Редким, но грозным осложнением является эмболия

легочной артерии. Клиника болезни Брилля в основном соответствует вышеописанной, но может быть и более легкой, стертой. Отсутствуют гиперемия лица, сильные головные боли, менингеальный синдром. Сыпь может иметь розеолезный характер, бывает скудной и непродолжительной.

Диагноз. Для распознавания болезни используют эпидемиологические данные, анамнез, клиническую картину, обнаружение антител в сыворотке крови больных по отношению к риккетсиям Провацека в реакциях связывания комплемента и пассивной гемагглютинации. Дифференциальный диагноз в первые 3—4 дня (до появления сыпи) проводят с гриппом, лептоспирозом, клещевым энцефалитом; позднее приходится дифференцировать от кори и риккетсиозов, вызванных другими возбудителями.

Лечение. Больных госпитализируют, обеспечивая им постельный режим, легкоусвояемую, высококалорийную и насыщенную витаминами диету. По соответствующим показаниям применяют сердечно-сосудистые, седативные и снотворные препараты, при тяжелых формах — в/в вливания изотонического раствора натрия хлорида, 5 % раствора глюкозы. Хорошие результаты дает лечение тетрациклином, который назначают внутрь по 0,3 г 4—5 раз в день до 2-го дня нормальной температуры.

Профилактика. Борьба с бытовой вшивостью, проведение санитарно-просветительной работы среди населения. Раннее выявление и госпитализация больных. Проведение в очаге одномоментной и повторной дезинсекции и дезинфекции. Профилактические прививки вакциной из специального штамма риккетсий Провацека.

ТУЛЯРЕМИЯ. Этиология. Возбудитель болезни — туляремийная палочка.

Эпидемиология. Резервуаром инфекции в природе являются грызуны, в том числе мышевидные (мыши-полевки, водяные крысы, тушканчики, зайцы и др.); возбудитель длительное время сохраняется в крови и тканях зараженных грызунов, выделяется с их мочой. Человек заражается при контакте с зараженным грызуном. Кроме того, заражение может произойти при питье сырой воды из небольших водоемов, в которые с мочой зараженных грызунов проникли туляремийные бактерии, употреблении зараженной пищи, попадании в верхние дыхательные пути и на конъюнктивы человека пылевых частиц вместе с бактериями туляремии при обмолоте хлеба, инфицированного при длительном нахождении его в скирдах мочой зараженных грызунов. Изредка болезнь может вызываться при укусе слепней, мух-жигалок, некоторых видов клещей, инфицированных от грызунов туляремийными бактериями. Существует некоторая сезонность заболевания туляремией — в зависимости от конкретного способа заражения (например, ранней весной среди охотников).

Патогенез. В области входных ворот инфекции возникают поверхностные некрозы ткани (кожи, слизистых оболочек, а также лимфатических узлов). Бактерии туляремии циркулируют в крови, вызывая повышение температуры тела, изменения внутренних органов, вторичное поражение лимфатических узлов.

Симптомы. Инкубационный период 3—7 дней. Начало болезни острое: повышение температуры тела, головная боль, общее недомогание, снижение аппетита.

Различают следующие клинические формы туляремии: 1) бубонную, 2) язвенно-бубонную, 3) ангинозно-бубонную, 4) глазо-бубонную с развитием туляремийного конъюнктивита, 5) легочную, 6) желудочно-кишечного тракта, 7) генерализованную. Две последние формы встречаются редко.

При *бубонной форме* туляремии микроб проникает через кожу, не оставляя на ней следа. Температура тела повышается до 38—39 °С, появляются головная боль, общая слабость, боли в мышцах, другие проявления интоксикации. Через 2—3 дня от начала болезни развивается регионарный лимфаденит. Бубоны мало болезненны, имеют четкие контуры. В большинстве случаев наступает полное рассасывание или склерозирование бубонов. У 30—40 % больных через 2—3 нед наблюдается размягчение, а затем вскрытие бубона с выделением гноя.

При *язвенно-бубонной форме* на месте внедрения в кожу возбудителя последовательно образуются красное пятно, затем папула с переходом ее в небольшую по диаметру, неглубокую язву. Наряду с этим увеличиваются и становятся плотноэластическими, но остаются безболезненными регионарные лимфатические узлы. Они не спаяны между собой и с окружающей клетчаткой. Такой регионарный лимфаденит развивается при всех клинических формах, кроме генерализованной формы туляремии.

При *ангинозно-бубонной форме* температура тела повышается до 38,5—39 °С, температурная кривая имеет неправильный тип, общая продолжительность лихорадки 16—18 дней. Исход болезни, как правило, благоприятный, язва эпителизируется, после чего образуется поверхностный плоский рубец; пакет увеличенных лимфатических узлов в течение 15—25 дней уменьшается в размерах до нормы; иногда регионарные лимфатические узлы подвергаются размягчению и нагнаиваются с возможным образованием гнойного свища, а в части случаев — подвергаются склерозированию. Ангинозно-бубонная форма туляремии, развивающаяся главным образом при употреблении сырой воды, а также пищи, инфицированной туляремийными бактериями, протекает с некротическими налетами на увеличенных и отечных миндалинах и увеличением подчелюстных и переднешейных лимфатических узлов.

При *легочной форме* наблюдается сухой кашель, в легких выслушиваются единичные сухие хрипы; при рентгенологическом исследовании выявляют очаговую пневмонию, увеличение паратрахеальных и медиастинальных лимфатических узлов. Картина крови характеризуется умеренным нейтрофильным лейкоцитозом.

Болезнь, как правило, заканчивается полным выздоровлением, однако в течение 1—2 мес после нормализации температуры остаются значительная слабость, быстрая утомляемость и снижение трудоспособности. Заболевание у привитых против туляремии 4—5 лет назад протекает легко.

Генерализованная форма протекает по типу общей инфекции с выраженной лихорадкой, интоксикацией, иногда — кожными высыпаниями, поражениями суставов. Характерно увеличение печени и селезенки. Первичный аффект и регионарный лимфаденит отсутствуют.

Диагноз. Туляремия распознается на основании эпидемиологических данных и клинической картины. Наиболее простым и надежным является подтверждение диагноза с помощью кожной аллергической пробы, которая становится положительной с 5—7-го дня болезни. Для постановки пробы 0,1 мл тулярина вводят строго внутрикожно; результаты пробы читают через 24 и 48 ч. При наличии туляремии на месте введения тулярина образуется зона гиперемии и отека кожи (не менее 3· 2,5 см) с наличием периферического валика и нередко с некрозом ткани в центре. У привитых против туляремии кожная проба остается положительной 10—15 лет после прививок или имевшейся болезни.

Для постановки кожно-аллергической пробы можно использовать насечки кожи на предплечье, в которые слегка втирается специально приготовленный аллерген (тулярген). Применяют также серологические методы диагностики (реакция агглютинации).

Дифференциальный диагноз должен проводиться: а) при подозрении на язвенно-бубонную форму с бубонной формой чумы; б) при ангинозно-бубонной форме туляремии с дифтерией зева, инфекционным мононуклеозом; в) при легочной форме — с туберкулезом легких, лихорадкой Ку, орнитозом. При генерализованной форме — с брюшным тифом, лихорадкой Ку, сепсисом, бруцеллезом.

Лечение проводят стрептомицином по 0,5 г 2 раза в день в/м, при тяжелых формах, поражении внутренних органов, генерализации инфекции суточную дозу увеличивают до 2 г. Эффективны также тетрациклин, левомицетин. Продолжительность курса антибиотикотерапии 10—12 дней. Больным назначают антигистаминные препараты, витамины, при тяжелых формах — дезинтоксикационные растворы, сердечные средства. Возможно комбинированное лечение затяжных форм (антибиотики и вакцина). Проводят местное лечение компрессами, мазевыми повязками, применяют тепловые процедуры. При размягчении бубонов необходимо хирургическое лечение.

Профилактика. Правильное устройство и содержание колодцев; запрещение пить сырую воду из небольших открытых водоемов. Защита пищевых продуктов (в амбарах, складах, зернохранилищах) от мышевидных грызунов. В случае вынужденной задержки с уборкой зерновых культур скирды и стога необходимо окапывать канавкой, имеющей по 40 см в ширину и глубину. Работающие на обмолоте хлебов, поздно убранных с поля, на перевозке и обмолоте зерновых культур, должны работать в защитных марлевых масках и очках-консервах. Высокой эффективностью и надежностью обладают специфические прививки живой туляремийной вакциной; защитное действие вакцины сохраняется в течение 3 лет. Охотникам, ведущим промысловую охоту на водяных крыс и различных грызунов и заражающимся туляремией, необходимо периодически делать прививки.

ХОЛЕРА. Этиология. Болезнь вызывается холерным вибрионом одного из двух биотипов (классическим вибрионом — V. comma и вибрионом Эль-Тор). По своему строению вибрионы обоих биотипов совершенно одинаковы, но обладают различной способностью лизироваться бактериофагами. Как тот, так и другой вибрион являются грамотрицательными бактериями, хорошо растут на искусственных питательных средах щелочной реакции. Холерные вибрионы образуют токсины, среди которых наибольшее значение имеет холероген.

Эпидемиология. Источниками инфекции являются больные холерой, а также вибриононосители. Выделение вибрионов во внешнюю среду с испражнениями после перенесенного заболевания холерой может продолжаться до $1^1/_2$—2 мес. Заражение происходит в результате проникновения холерных вибрионов через рот, преимущественно с инфицированной некипяченой водой или с грязных рук. Меньшее значение имеют загрязненные фекалиями молоко и другие пищевые продукты. Имеют значение и такие факторы, как сезон года, температура внешней среды, в том числе воды в различных водоемах. Холерные вибрионы длительное время сохраняют свою жизнеспособность в воде (особенно в небольших закрытых водоемах), но быстро погибают под влиянием высокой температуры и прямых солнечных лучей, при воздействии различными дезинфицирующими веществами, а также в результате повышения кислотности внешней среды. При массовом распространении холеры различают водные, контактно-бытовые, пищевые и смешанные типы эпидемий.

В настоящее время некоторые страны Азии, в том числе Индия, Пакистан, Бангладеш, сохраняют значение исторически сложившихся очагов заболеваний холерой. Периодически наблюдается занос холеры в другие страны.

Патогенез. Проникнув через рот в организм человека, часть холерных вибрионов под воздействием кислого содержимого желудка погибает, а другие поступают в тонкие кишки, где происходят их размножение и одновременно отмирание. Из микробных клеток высвобождаются токсические вещества, в частности холероген. Под его действием развиваются многообразные биохимические процессы в эпителиальных клетках слизистой оболочки, в результате чего она начинает секретировать большое количество жидкости и минеральных солей. Вследствие интоксикации к профузному поносу присоединяется повторная рвота. Все это обусловливает состояние обезвоживания, нарушения гемодинамики, сгущение крови, расстройства кислотно-основного равновесия,

а также кислородное голодание тканей, мышечные судороги, снижение мочевыделительной функции почек.

Симптомы. Различают тяжелую, среднетяжелую, легкую и легчайшую (стертую) формы.

Инкубационный период от нескольких часов до 5 дней.

Тяжелая форма холеры характеризуется острым началом, быстро прогрессирующим и резко выраженным обезвоживанием организма, наличием гиповолемического (уменьшение массы циркулирующей крови) и инфекционно-токсического шока, анурией, судорогами, с переходом к состоянию алгида, при котором наблюдается падение температуры до 35,5—35 °С. Эта форма холеры часто осложняется развитием коллапса. Больной обычно оглушен, лицо приобретает страдальческое выражение, глазные яблоки окружены темными дугами и западают в орбиты, щеки — впалые. Появляется цианоз губ, кончика носа, нередко и всего лица. Склеры глаз сухие, голос исчезает. Поверхностные вены на висках, в области тыла кистей и стоп спадают, плохо видимы. На лбу капельки пота. Пульс значительно учащен, нитевидный, прощупывается с трудом. Тоны сердца приглушены. АД резко падает. Язык обложен, сухой. Живот втянут, мягкий и безболезненный. Часто отмечаются мышечные судороги клонического и тонического характера, анурия. Стул частый, в виде рисового отвара; такой же вид имеют и рвотные массы. При отсутствии или недостаточной рациональной терапии больные в этом состоянии нередко погибают.

При благоприятном исходе болезни ее симптомы постепенно стихают, прекращается рвота, реже становится стул, испражнения больного приобретают каловый характер, затем становятся кашицеобразными, а затем оформленными, наступает выздоровление.

Среднетяжелая форма болезни начинается остро — с появления жидкого стула калового характера, который становится частым и сильно разжижается на протяжении уже первых часов болезни. По прошествии 2—3 ч возникает повторная рвота; в первых ее порциях содержатся остатки съеденной накануне пищи, затем рвотные массы превращаются в мутноватую жидкость, изредка окрашенную желчью.

К концу 1-х суток заболевания испражнения больного становятся настолько разжиженными, что могут принимать характер «рисового отвара» — опалесцирующей, слегка мутноватой жидкости, в которой нередко бывают взвешены облаковидные хлопья. Возникают выраженные расстройства водно-электролитного баланса. Из-за нарастающего обездвиживания больной находится в состоянии оглушенности, нередко испытывает шум в ушах. Глазные яблоки глубоко западают в орбиты, глаза окружены темными кругами, напоминающими оправу очков; щеки втянуты, отмечается цианоз губ, кончика носа, конечности холодны на ощупь. При значительно выраженном обезвоживании кожа на кончиках пальцев и на ладонной поверхности кистей имеет многочисленные складки («руки прачки»). Быстро теряется тургор кожи: если взять двумя пальцами складку кожи на тыле кисти, то она в течение нескольких секунд не расправляется. Нередко отмечаются клонические и тонические судороги мышц конечностей. АД падает. Тоны сердца значительно приглушены. Язык равномерно обложен белым налетом, постепенно становится сухим. Живот втянут, мягкий и безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Количество мочи резко снижается; олигурия может вскоре перейти в состояние полной анурии. Среднетяжелая форма холеры может осложниться коллапсом, который чаще всего и является непосредственной причиной смерти больных.

Атипичные и стертые формы холеры протекают с очень скудной клинической симптоматикой: стул повторяется 2—3 раза в день, имеет кашицеобразную консистенцию, рвота бывает лишь в самом начале болезни, обезвоживание организма выражено умеренно, мышечных судорог обычно не наблюдается.

Диагноз. Распознавание болезни основано на тщательном выявлении всех эпидемиологических данных, свидетельствующих о возможном заражении холерой, анамнезе, клинических данных и бактериологических исследований испражнений больного. Испражнения берут из прямой кишки ректальной трубкой или ватным тампоном и со специальными предосторожностями направляют в лабораторию. При невозможности доставить материал в первые 3 ч после взятия используют среды-консерванты (щелочная пептонная вода и др.).

Дифференциальный диагноз проводят главным образом с пищевыми токсикоинфекциями, особенно с гастроэнтеритической формой сальмонеллеза. Следует учитывать, что холера начинается с поноса, к которому присоединяется рвота, не сопровождается повышением температуры тела и болью в животе. В отличие от этого сальмонеллез развивается с появления рвоты, к которой позднее присоединяется понос, характеризуется повышением температуры, нередко болью в животе разлитого характера.

Лечение. Все больные подлежат обязательной госпитализации; страдающих тяжелыми формами изолируют в отдельные палаты. Весь медицинский персонал холерных госпиталей (или стационаров, временно развертываемых в связи с эпидемической вспышкой) должен быть хорошо проинструктирован относительно правил ухода за больным и методов его лечения, обязан поддерживать санитарно-гигиенический режим в палатах и отделении, выполнять требования личной гигиены.

При среднетяжелых и тяжелых формах холеры больных следует помещать на специальные кровати Филлипса, а при отсутствии таковых — на кушетки, в которых делается круглое отверстие, расположенное против ануса больного и снабженное резиновой трубкой (рукавом) для стока через нее жидких испражнений больного, принимаемых в подставленное снизу ведро из синтетических материалов. Для правильного учета количества выделяемых жидких испражнений это ведро должно

снабжаться делениями по 100—200 мл, быть прозрачным или полупрозрачным.

Необходимо немедленно приступить к инфузионной терапии — в/в вливаниям специально приготовленных солевых растворов, главным образом жидкости Филлипса, получившей также условное название раствора «5—4—1», раствора «трисоль». Раствор готовят на дважды дистиллированной стерильной, апирогенной воде; в 1 л ее растворяют 5 г хлорида натрия, 4 г гидрокарбоната натрия и 1 г хлорида калия; все эти соли должны быть химически чистыми, их заготовляют в стерильном виде и соответствующей расфасовке. Большим преимуществом обладает раствор «квартасоль», не дающий резких пирогенных реакций. Его состав: натрия ацетат 2,6 г, натрия гидрокарбонат 1 г, натрия хлорид 4,75 г, калия хлорид 1,5 г на 1 л дважды дистиллированной, стерильной, апирогенной воды. Для вливания используют только свежеприготовленные растворы. Перед введением их следует подогреть до 38—40 °С. Больным с тяжелыми формами вводят раствор в количестве, равном 10 % массы больного. Первые 2 л вводят с очень большой скоростью, 100—130 мл в минуту, струйно, затем постепенно уменьшают до 5—10 мл в минуту (через $1^1/_2$ ч после начала лечения). Уже по прошествии 1—2 ч от начала вливания уменьшается оглушенность больного, несколько улучшается пульс, начинает повышаться уровень АД. Однако вливания следует проводить длительно, добиваясь стойкого клинического эффекта, уменьшения частоты стула, прекращения рвоты, нормализации АД. В процессе вливаний учитывают количество жидкости, теряемой больным вместе с испражнениями, рвотными массами. После значительного улучшения состояния больного количество вводимого раствора должно строго соответствовать количеству выделенной жидкости. В зависимости от степени нарушений водно-солевого обмена на полный курс лечения идет от 5 до 20—25 л солевых растворов, вводимых внутривенно. При более легких формах холеры в/в струйно вводят лишь первые 500—800 мл раствора, затем переходят на капельное введение (до 60 капель в минуту). Противопоказано введение кровезаменителей, прессорных аминов (норадреналин, мезатон, эфедрин). Применение сердечных гликозидов до восстановления объема циркулирующей крови также противопоказано. При появлении пирогенных реакций на введение раствора назначают антигистаминные препараты, преднизолон.

После стихания рвоты и поноса больным может быть назначен внутрь тетрациклин по 0,3 г 4 раза в день в течение 3—5 дней. Выписку больных, переболевших холерой, проводят после клинического выздоровления и 3 отрицательных результатов бактериологических исследований испражнений.

Профилактика. Основная роль в профилактике холеры принадлежит санитарно-гигиеническим мероприятиям по обеспечению правильного водоснабжения, канализации и очистке населенных мест. При возникновении случаев заболевания холерой в данной местности необходимо выявлять больных и подозрительных на заболевание холерой, проводить их обязательную госпитализацию и лечение. Важную роль в профилактике холеры играет тщательное выполнение всем населением требований личной гигиены. При наличии особых благоприятствующих распространению холеры условий проводятся карантинные мероприятия. Постоянно должны соблюдаться требования санитарной охраны государственных границ. Вспомогательную роль играют прививки холерным анатоксином. За лицами, перенесшими холеру, а также за носителями холерного вибриона устанавливается медицинское наблюдение.

ЧУМА. Этиология. Возбудитель — чумная палочка.

Эпидемиология. Естественным резервуаром инфекции в природе являются несколько видов грызунов, в том числе суслики и тарбаганы; роль источника инфекции могут играть также и крысы. Человек заражается от грызунов либо при прямом контакте (охотники, сдирающие шкуру с убитых тарбаганов, зараженных чумой), либо через посредство блох, заразившихся от грызунов и передающих инфекцию людям при укусе. От больного легочной формой инфекция передается воздушно-капельным путем; у больных кишечной формой чумы высокозаразны испражнения, а при бубонной форме — гной из лимфатических узлов. Чума относится к особо опасным, карантинным, инфекционным болезням, может встречаться в виде отдельных (спорадических) случаев и эпидемических вспышек. В СССР болезнь не встречается, но зараженность грызунов в эндемических очагах, возможность заражения в них человека и опасность заноса инфекции из других государств требуют постоянного осуществления противоэпидемических, а при необходимости и карантинных мероприятий.

Патогенез. Заболевание бубонной формой чумы сопровождается развитием регионарного лимфаденита (бубона), а затем — бактериемии с возможностью образования вторичных бубонов. При легочной форме — в пораженной ткани легких возникает серозно-геморрагическое пропитывание, отделяется жидкая сукровичная мокрота. Кишечная форма протекает с острейшим воспалением тонких кишок, больной выделяет очень жидкие сукровичные испражнения.

Симптомы. Различают бубонную, легочную, кишечную, первично-септическую и кожную формы болезни. Последние три формы болезни встречаются редко.

Инкубационный период от нескольких часов до 6 дней.

Начало *бубонной формы* заболевания — острое, с ознобом, резкой общей слабостью, быстрым повышением температуры тела до 39,5—40,5 °С, головной болью, возможна рвота. На месте проникновения в организм инфекции (например, в области укуса блохи) каких-либо изменений мягких тканей не развивается, но быстро увеличиваются регионарные лимфатические узлы, которые приобретают плотно-эластическую консистенцию, становятся болезненными на ощупь, образуют целые пакеты

(бубоны). Бубоны локализуются в паховой, подмышечной областях, на шее, в зависимости от места проникновения в организм инфекции. Резкая болезненность бубонов объясняется явлениями периаденита. В течение ближайших 5—8 дней болезни сохраняется высокая температура, больные значительно ослаблены. Отмечаются резкая тахикардия, выраженные нарушения деятельности сердца. Язык густо обложен белым налетом («меловой язык»). Болезнь представляет серьезную опасность для жизни больного. При своевременно начатом и правильном лечении уменьшаются регионарные лимфатические узлы. Возможно, однако, нагноение или последующее склерозирование пораженных лимфатических узлов.

При *легочной форме* болезнь начинается остро, с болей в грудной клетке, быстрого повышения температуры тела; появляется кашель с жидкой, окрашенной в розовый цвет пенистой мокротой (300—500 мл и более за сутки). Резко нарушается деятельность сердечно-сосудистой системы; без лечения антибиотиками летальность составляет практически 100 %.

Диагноз. Для распознавания чумы используют эпидемиологические данные, анамнез, клиническую картину болезни и результаты бактериологических и серологических исследований. Серологические исследования заключаются в постановке реакций пассивной гемагглютинациии, нейтрализации. Дифференциальный диагноз проводят: при бубонной форме — с язвенно-бубонной формой туляремии, при легочной форме — с аналогичными клиническими формами сибирской язвы и сапа, а также с тяжело протекающими геморрагическими пневмониями.

Лечение. Больные подлежат госпитализации в специально выделенные больницы и временные стационары при соблюдении режима строгой изоляции (бокс, отдельная палата). У постели больного осуществляется текущая дезинфекция 8 % раствором лизола; этим раствором, в частности, обеззараживается мокрота при легочной форме болезни. Весь медицинский персонал, ухаживающий за больным, должен носить полные противочумные костюмы.

Основным средством лечения больных чумой является тетрациклин, который назначают в первые 2 сут в дозе 4—6 г/сут, в последующие дни 2—3 г/сут. При тяжелых формах тетрациклин вводят в/в (1-е сутки). Возможно также лечение широко рекомендовавшимся ранее стрептомицином, большие дозы которого вызывают развитие осложнений (поражение почек, слухового нерва и др.). Стрептомицин рекомендуется в дозе 3 г в первые 2 сут, в последующие дни по 2 г/сут. Курс антибиотикотерапии 7—10 дней. Назначают дезинтоксикационные растворы, сердечно-сосудистые средства, большие дозы аскорбиновой кислоты, антигистаминные препараты, оксигенотерапию.

Профилактика. За природными очагами чумы и распространенностью этой болезни среди грызунов ведут постоянное наблюдение работники противочумных институтов и карантинной службы. В случае необходимости устанавливают карантин. Важную роль играют уничтожение в очагах инфекции грызунов, а в жилых и производственных помещениях дезинсекция для уничтожения блох — переносчиков инфекции. Вспомогательное значение имеют прививки людей (вакцинация).

С целью ликвидации ограниченного по его масштабам очага чумы необходимо проведение следующих мероприятий: 1) строгая индивидуальная изоляция больных, их лечение антибиотиками; 2) изоляция всех соприкасавшихся с больным; 3) проведение дезинфекции, дератизации и дезинсекции в очаге; 4) осуществление текущей и заключительной дезинфекции в стационаре, куда был госпитализирован больной.

ЭНЦЕФАЛИТ ВЕСЕННЕ-ЛЕТНИЙ КЛЕЩЕВОЙ. Этиология. Болезнь вызывается вирусом из группы арбовирусов.

Эпидемиология. Главным резервуаром инфекции в природе являются различные виды грызунов — мыши-полевки, серые крысы, бурундуки и др. Вторичным резервуаром инфекции служат иксодовые клещи, заражающиеся от инфицированных вирусом грызунов и передающие инфекцию при укусе человеку. Возможно инфицирование крупного и мелкого рогатого скота. До 20 % всех заболеваний клещевым энцефалитом у людей приходится на алиментарное заражение через сырое молоко. Отмечается весенне-летняя сезонность заболевания. Болезнь встречается в ряде районов Сибири, Забайкалья, Удмуртии, Башкирии, на Урале и Предуралье. Поражаются лица всех возрастов.

Патогенез. Вирус из входных ворот инфекции проникает по перинервальным путям и лимфатическим сосудам в центральную нервную систему, приводит к поражению серого вещества продолговатого мозга и шейных отделов спинного мозга.

Симптомы. Продолжительность инкубационного периода 8—14 дней. Болезнь начинается остро, с небольшого озноба и быстрого повышения температуры тела до 40 °С, на этом уровне температура сохраняется в течение 5—7 дней. В течение первых 2—3 дней болезни наблюдаются резкая головная боль, чувство разбитости во всем теле, однократная или повторная рвота. Лицо гиперемировано, отмечается инъекция сосудов конъюнктив. В тяжело протекающих случаях возможны расстройства сознания, менингеальные симптомы. В крови — анэозинофилия, лимфопения. При пункции спинномозгового канала жидкость вытекает под повышенным давлением, в ней увеличено содержание белка и форменных элементов, положительная реакция Панди. Болезнь обычно заканчивается полным выздоровлением; однако у некоторых больных с 3—4-го дня болезни развиваются вялые параличи мышц шеи и верхнего плечевого пояса, приводящие к атрофии мускулатуры. При своевременном энергичном лечении парезы и параличи мышц ликвидируются, однако в ряде случаев они становятся необратимыми.

В некоторых случаях параличи и парезы мышц верхнего плечевого пояса и шеи могут

сочетаться с поражением ядер черепных нервов (смазанность речи, затрудненность глотания). Иногда встречаются стертые формы начального периода болезни, сменяющиеся все же у ряда больных развитием парезов и параличей. Возможны летальные исходы, наступающие при явлениях тяжелого расстройства дыхания и кровообращения.

Диагноз. Распознавание болезни основано на эпидемиологических и клинических данных. Подтверждением диагноза является положительный результат исследования сыворотки крови в РСК, реакции пассивной гемагглютинации, реакции нейтрализации.

Дифференциальный диагноз проводят с менингококковым и туберкулезным менингитом, энцефалитами другой этиологии.

Лечение. Больного госпитализируют до ликвидации симптомов инфекционного процесса и достаточно полного восстановления сил больного. Вводят противоэнцефалитный донорский гамма-глобулин (6—9 мл в/м), ежедневно, в течение 3 дней. Эффект отмечается лишь при раннем применении. При отсутствии донорского гамма-глобулина вводят лошадиный гамма-глобулин после десенсибилизации (см. *Дифтерия*). Проводят дегидратационную терапию (фуросемид, или лазикс, маннитол, 25 % раствор магния сульфата). При расстройствах дыхания — трахеотомия с искусственным аппаратным дыханием. Для ликвидации последствий парезов и параличей применяют физиотерапию, массаж, лечебную физкультуру.

Профилактика. Для уничтожения иксодовых клещей в местах их обитания сжигают траву и мелкий кустарник. Работающие в очагах инфекции должны носить комбинезоны, перчатки, резиновые или кожаные сапоги, заправляя в них брюки; ворот и манжеты смазывают камфорным маслом. В эндемических очагах проводят вакцинацию людей по эпидемическим показаниям.

ЭНЦЕФАЛИТ ЛЕТНЕ-ОСЕННИЙ (комариный, или японский). Этиология. Возбудитель — вирус, относящийся к группе арбовирусов.

Эпидемиология. Источники инфекции в природе — дикие животные и птицы. Переносчиками инфекции могут быть 6 различных видов комаров. Заражение человека происходит при укусе его инфицированными комарами. Болезнь наблюдается в виде спорадических случаев или ограниченных вспышек на территории Дальнего Востока; заболевания регистрируются в конце лета — начале осени.

Патогенез. Проникновение возбудителя в организм человека приводит к вирусемии и воспалительным изменениям серого, а отчасти и белого вещества головного мозга, изменениям продолговатого мозга.

Симптомы. Инкубационный период 5—14 дней. Начало болезни острое — с озноба, быстрого и значительного повышения температуры, нарастающих общемозговых (резкая головная боль, затемненное сознание) и менингеальных (ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига) симптомов. В крови — лимфопения, анэозинофилия; спинномозговая жидкость вытекает под повышенным давлением, в ней увеличены содержание белка и цитоз (лимфоциты). Изменения спинномозговой жидкости могут быть и незначительными.

В отдельных случаях общемозговые явления выражены очень резко — с потерей сознания, комой и двигательным возбуждением. Возможна смерть больного, хотя большинство больных выздоравливают полностью.

Диагноз. Распознавание болезни основано на эпидемиологических (сезонность, нахождение заболевшего в последние 10—20 дней в эндемическом очаге) и клинических данных. Для серологической диагностики используют РСК реакции торможения гемагглютинации, нейтрализации, внутрикожную пробу с аллергеном. Дифференциальный диагноз проводят с весенне-летним клещевым энцефалитом, летаргическим энцефалитом и серозными менингоэнцефалитами различной этиологии.

Лечение. Применяют гамма-глобулин (3—6 мл 3 раза в день в/м) или гипериммунную лошадиную сыворотку (15—20 мл в/м ежедневно). Иммунотерапия эффективна лишь при раннем назначении (в первую неделю болезни). Курс лечения 3—4 дня. Перед введением иммунных препаратов проводится постановка внутрикожной пробы и последующая десенсибилизация (см. *Дифтерия*). Назначают средства, уменьшающие отек мозга (фуросемид, или лазикс, маннитол, 25 % раствор магния сульфата), кортикостероиды. При нарушении дыхания — искусственная вентиляция легких.

Профилактика. Уничтожение комаров, борьба с их выплодом, индивидуальная защита человека от укусов зараженных комаров (см. *Малярия*). В эндемических очагах — вакцинация.

ЯЩУР. Этиология. Болезнь вызывается РНК-содержащим вирусом.

Эпидемиология. Резервуаром и источником инфекции для человека являются зараженные парнокопытные животные — преимущественно дойные коровы, молоко которых и отчасти и моча содержат в себе возбудителей ящура. Заражение происходит при употреблении сырого молока от больных животных, несколько реже при контакте с больными животными, например во время ухода за ними. Заболевают преимущественно дети, поскольку они употребляют в пищу молоко чаще, чем взрослые. Отсутствие пастеризации или кипячения молока способствует возникновению отдельных заболеваний и эпидемических вспышек. Заболевание от больного человека другим людям не передается.

Патогенез. Проникнув через пищеварительный тракт, вирус ящура попадает в кровь и внедряется в клетки эпителия слизистой оболочки рта и в кожу у основания ногтевого ложа, где образуются мелкие пузырьки (афты).

Симптомы. Инкубационный период 3—7 дней. Начало болезни острое: чувство разбитости во всем теле, резкая головная боль, по-

вышение температуры тела за несколько часов до 39,5 °С. Через 6—8 ч появляется жжение слизистой оболочки полости рта, становится болезненным прожевывание твердой пищи, появляется обильное слюноотделение.

На слизистой оболочке щек высыпают многочисленные мелкие белесоватые пузырьки (афты). На 3—4-й день болезни или несколько позже они лопаются, на их месте образуются поверхностные язвочки, края которых гиперемированы, а дно покрыто сероватым налетом. Нередко афты и язвочки располагаются также на слизистой губ и кончика языка. Слюнотечение настолько обильное, что изо рта больного вытекает тонкая струйка слюны. Прожевывание пищи и глотание при образовании язвочек особенно затрудняются. Мелкие афты появляются также вблизи ногтевого ложа на пальцах рук и ног. Картина крови характеризуется эозинофилией. Лихорадочный период продолжается 5—6 дней; температура снижается постепенно. Высыпания на слизистой оболочке рта и на коже исчезают к 10—15-му дню болезни.

Диагноз устанавливают на основании эпидемиологических данных и клинического течения. Применяют также методы серологической диагностики (РСК, реакция пассивной гемагглютинации). Дифференциальный диагноз проводят с язвенным стоматитом различной этиологии.

Лечение. При тяжелом течении ящура у ослабленных детей при наличии сопутствующих заболеваний больных госпитализируют; в других случаях изолируют на дому до исчезновения клинических симптомов. Образовавшиеся на слизистой рта афты обрабатывают ватным тампоном, пропитанным 4 % раствором нитрата серебра (ляписа) или 3 % раствором перекиси водорода, необходимы частые полоскания полости рта 0,1 % раствором перманганата калия, 0,25% раствором новокаина. При поражении глаз назначают сульфацил-натрий (альбуцид). Применяют витамины, антигистаминные препараты. При осложнениях — антибиотики.

Профилактика. Употребление только пастеризованного или прокипяченного молока. Проведение тщательного ветеринарного надзора за крупным рогатым скотом, в первую очередь — в молочных хозяйствах; выявление и изоляция больных животных; вакцинация здоровых животных; дезинфекция.

В табл. 1—4 приводятся эпидемиологические сведения об основных инфекционных болезнях и перечень наиболее часто применяемых дезинфицирующих средств (см. Приложения).

Глава 3

ТУБЕРКУЛЕЗ

Туберкулез — инфекционное заболевание, возбудитель которого относится к широко распространенным в природе микобактериям. Заболевание вызывается микобактериями человеческого или бычьего типа.

Отличительной особенностью микобактерий туберкулеза является их высокая устойчивость к воздействиям химических и физических факторов: кислотам, щелочам, спиртам, солнечным лучам и т. д. Они длительное время могут сохранять патогенность в мокроте, в пыли, на предметах. Одной из форм изменчивости микобактерий туберкулеза является возможность развития лекарственной устойчивости к туберкулостатическим препаратам, которая может сохраняться длительное время.

В патогенезе туберкулеза немаловажную роль играют пути заражения. Чаще всего входными воротами инфекции служат дыхательные пути (аэрогенный путь заражения); при этом может иметь место как воздушно-капельная, так и воздушно-пылевая инфекция. Источником заражения, как правило, является больной человек, выделяющий микобактерии туберкулеза (БК) с мокротой и слизью при кашле, чиханье и разговоре. В распространении туберкулезной инфекции имеют значение и животные, больные туберкулезом. В таких случаях заражение происходит чаще через молочные продукты (алиментарный путь заражения). Возможен и контактный путь: через кожу, слизистые оболочки. В очень редких случаях установлена возможность чресплацентарного заражения.

Многообразие клинических проявлений при туберкулезе определяет не только возбудитель. Решающую роль играют состояние организма больного, его реактивность и сопротивляемость, которая может снижаться при различных неблагоприятных условиях труда и быта и т. п.

Иммунитет, т. е. устойчивость организма, обусловлен совокупностью наследственных и приобретенных факторов. Человек обладает естественной устойчивостью к туберкулезу. Существенную роль играет и приобретенный, инфекционный или вакцинальный иммунитет, который при туберкулезе является нестерильным и обусловлен наличием в организме возбудителя при отсутствии клинических проявлений болезни. Однако этот иммунитет с течением времени ослабевает и может утрачиваться, поэтому необходима ревакцинация.

В результате развития инфекционного иммунитета возникает специфическая аллергия, т. е. чувствительность к повторному внедрению микобактерий или продуктов их жизнедеятельности. Эта особенность используется во фтизиатрической практике для определения инфицированности населения или степени аллергии у больных туберкулезом. В качестве аллергена применяют туберкулин. Аллергия может усиливаться (гиперергия) или ослабевать (гипоергия), нормализоваться (нормергия). Стерилизация организма сопровождается утрачиванием аллергии — «положительной анергией». Однако специфическая аллергия зависит и от общей реактивности организма. Поэтому при тяжелых формах заболевания могут отсутствовать реакции на туберкулин — «отрицательная анергия» как результат истощения защитных сил организма.

Туберкулинодиагностика. Чаще для этого используют туберкулин Коха — АТК, который не является антигеном, а содержит только продукты жизнедеятельности микобактерий, элементы микробной клетки и часть среды, на которой росла культура БК. Наибольшее диагностическое значение туберкулиновые пробы имеют в детском, подростковом и юношеском возрасте, так как позволяют установить момент «виража», т. е. перехода отрицательной реакции на туберкулин в положительную. «Вираж» свидетельствует об инфицировании организма и позволяет выявить ранний период развития инфекции. С целью туберкулинодиагностики используют кожную (реакция Пирке), внутрикожную (реакция Манту) и подкожную (реакция Коха) пробы. У лиц до 30 лет в настоящее время используют внутрикожную пробу (Манту) с 2 ТЕ (туберкулиновыми единицами) туберкулина. При отрицательных реакциях необходимо проводить вакцинацию и ревакцинацию. При положительной реакции Манту диаметр папулы должен быть не менее 5 мм.

У лиц, ранее вакцинированных, может наблюдаться поствакцинальная аллергия. Ее постепенное угасание и исчезновение служат показанием к повторной вакцинации. Наличие клинических симптомов и нарастание степени

реакции позволяют отдифференцировать поствакцинальную аллергию от инфекционной, т. е. поставить диагноз заболевания или инфицирования.

У больных туберкулезом туберкулинодиагностику применяют для установления степени чувствительности, т. е. реактивности, организма. С этой целью в диспансерах и больницах используют различные разведения туберкулина. Для кожной пробы применяют 100 %, 25 %, 5 % и 1 % туберкулин (АТК), для внутрикожной — ампулированные растворы, содержащие в 0,1 мл от 2 до 100 ТЕ в разведении 1:10, 1:100, 1:1000 (№ 1, 2, 3) и т. д.

Пробу Пирке делают на коже средней трети предплечья. Кожу очищают 2—3 % раствором карболовой кислоты. На обработанную кожу наносят либо 100 % туберкулин (для выявления инфицированности), либо 100 %, 25 %, 5 %, 1 % растворы туберкулина и каплю растворителя для контроля. В последнем случае необходимо строго соблюдать порядок расположения капель растворов — самый концентрированный у локтевого сгиба, самый слабый и растворитель — ближе к кисти. Скарификацию при градуированной пробе необходимо начинать с растворителя. Ее производят на протяжении 5 мм очень поверхностно (крови не должно быть!) оспопрививательным ланцетом, прокаленным на пламени горелки. Результаты пробы проверяют через 48—72 ч, измеряя диаметр папулы перпендикулярно царапине. Степень реактивности оценивают по величине окружающей папулу гиперемии, по характеру самой папулы (инфильтрат, везикула, некроз), по наличию лимфангита и регионарного лимфаденита, которые, как правило, сопутствуют гипераллергии.

При отборе контингентов для ревакцинации в возрасте от 3 до 30 лет клинически здоровым лицам без предварительной пробы Пирке проводят пробу Манту с 2 ТЕ. Этой дозе соответствует 0,1 мл в разведении 1:5000. Кожу обрабатывают 70 % спиртом, после чего внутрикожно в средней трети передней поверхности предплечья специальным одногранмовым шприцем с тонкой иглой вводят 0,1 мл соответствующего раствора туберкулина. На месте введения должна образоваться папула («лимонная корочка»). Результаты отмечают через 48 и 72 ч.

В клинической практике используют различные разведения туберкулина для определения титра. Титр — наименьшее количество туберкулина (или наибольшее разведение его), вызывающее ответную реакцию. Обычно применяют внутрикожное определение титра после ориентировочной пробы Пирке. Подкожную пробу (Коха) применяют с целью дифференциальной диагностики или для установления активности туберкулеза. В отличие от кожной и внутрикожной проб подкожное введение туберкулина вызывает не только местную, но также общую и очаговую (в месте локализации процесса) реакцию. Общая реакция проявляется повышением температуры тела, чувством недомогания, слабости, разбитости, головной болью, изменениями в составе крови, т. е. симптомами интоксикации. Характер очаговой реакции зависит от локализации процесса и проявляется в обострении его. При туберкулезе легких может возникнуть или усилиться кашель, хрипы в легких, боли в области поражения, появиться мокрота, в которой в это время могут обнаруживаться БК.

Пробу Коха проводят после предварительной накожной пробы и внутрикожного определения титра. Для подкожного введения берут 0,1 мл разведения, в 10 раз слабее титра (например, при титре № 8 подкожно вводят 0,1 мл разведения № 9). Пробу производят на наружной поверхности плеча, в средней или верхней трети. Учитывают реакцию (по всем тестам) через 24 и 48 ч. Положительной реакцией считается образование инфильтрата диаметром 5—10 мм.

Лабораторные методы исследования. БК можно обнаружить в мокроте, слизи, промывных водах бронхов, желудка, плевральном экссудате и т. д. В настоящее время простое бактериоскопическое исследование является недостаточным. Более рациональны бактериологический (метод посева) и биологический методы (заражение лабораторных животных — морских свинок).

Исследуют чаще мокроту, при ее отсутствии — промывные воды бронхов, желудка или слизь из гортани. Бактериоскопические методы выявления БК включают обычную бактериоскопию окрашенных по Цилю — Нильсену мазков или флотационного кольца, люминесцентную микроскопию. Обычная бактериоскопия обнаруживает микобактерии лишь при очень большом их количестве (не менее 50 000 клеток в 1 мл материала). Для большей достоверности исследование проводят многократно и различными методами. Кроме БК, большое значение имеет обнаружение эластических волокон в мокроте, что указывает на разрушение легочной ткани, ее распад. Следует иметь в виду, что эластические волокна могут обнаруживаться и при других заболеваниях легких, например при абсцессе, раке и т. п. При обострении старого туберкулезного процесса обнаруживают элементы, составляющие тетраду Эрлиха: обызвествленные эластические волокна, кристаллы холестерина, известь и БК.

Метод флотации является более чувствительным, чем простая бактериоскопия. Мокрота (или другой материал) гомогенизируется щелочью, а затем с помощью ксилола или бензина БК концентрируются в небольшом объеме поверхностно располагающегося «флотационного» кольца, которое и исследуют микроскопически после окраски по Цилю — Нильсену. Еще более чувствительным является метод посева. Выделение культур микобактерий позволяет определить их жизнеспособность, вирулентность, ферментативную активность и лекарственную чувствительность. Недостатком метода является медленный рост БК (результаты посева получают через 3—6 нед, а иногда и позже).

Самым чувствительным в настоящее время является биологический метод — заражение морской свинки патологическим материалом. Если зараженная свинка не погибает

в течение 3 мес, то ее забивают и исследуют различные органы.

Определение лекарственной чувствительности БК производят также методом посева на среды, содержащие различные концентрации туберкулостатических препаратов. Микобактерии, растущие при большом содержании препарата, относятся к лекарственноустойчивым.

Клинические признаки туберкулеза. Чаще всего поражаются легкие. Раннее выявление туберкулеза — одна из важнейших задач, так как в настоящее время излечение возможно у большинства больных. Поскольку первичное инфицирование преимущественно происходит в детско-подростковом и юношеском возрасте, необходимо знать особенности клинических проявлений туберкулеза у больных этих групп.

Первыми и наиболее частыми признаками заболевания являются симптомы общей туберкулезной интоксикации организма (раздражительность, повышенная утомляемость, нарушение сна и аппетита, повышение температуры тела, потливость и т. д.). В этот же период может быть отмечено увеличение лимфатических узлов, чаще шейных. Нередко первичная интоксикация сопровождается заболеванием глаз, ушей, суставов (параспецифические реакции).

При развитии туберкулезного процесса в легких или внутригрудных лимфатических узлах клиническая картина может напоминать грипп, пневмонию. У взрослых болезнь чаще протекает с очень скудной симптоматикой. У большинства из них туберкулез выявляется при профилактической флюорографии. Меньшая часть больных обращается с жалобами неопределенного характера, обусловленными интоксикацией, или с более выраженными симптомами, напоминающими картину бронхита, катара верхних дыхательных путей, гриппа или пневмонии. У некоторых заболевание начинается с охриплости голоса, болей в горле, обусловленных поражением гортани. Иногда первым симптомом может быть кровохарканье.

Местные симптомы (боль в груди, кашель, одышка) могут быть выражены в различной степени и зависят от формы, фазы и распространенности процесса.

Обследование больного. Анамнез. Начинать обследование больного необходимо с выяснения факторов, способствовавших инфицированию организма. Особое значение имеет контакт с больным туберкулезом легких, его характер и длительность. Наиболее опасен семейный контакт. Возможен контакт производственный. Важно выяснить характер и тяжесть заболевания человека, с которым обследуемый был в контакте. Необходимо учитывать и условия жизни, а также состояние обследуемого в период контакта. Неблагоприятное влияние на организм оказывают плохие бытовые условия, нерегулярное питание, профессиональные вредности, вредные привычки и ряд других факторов.

Осмотр. При начальных формах туберкулеза внешний осмотр сравнительно редко выявляет признаки заболевания. Хронические, прогрессирующие процессы могут изменять внешний облик больного: наблюдаются бледность кожных покровов и слизистых оболочек, похудание, изменение формы грудной клетки, акроцианоз, изменение ногтевых фаланг, ногтей. При осмотре грудной клетки можно наблюдать асимметрию, ограничение экскурсии при дыхании, западание над- и подключичных ямок, обусловленные плевропневмосклерозом.

При пальпации можно выявить симптомы рефлекторной защиты: болезненность и напряжение мышц грудной клетки или плечевого пояса. При поколачивании по грудине иногда отмечается болезненность (при поражении лимфатических узлов средостения).

Посредством перкуссии, особенно сравнительной, удается выявить локализацию, а также в известной степени определить характер патологических изменений. Интенсивное укорочение легочного звука чаще обусловлено массивным уплотнением легочной ткани или плевральным выпотом. Тимпанический характер звука может быть обусловлен пневмотораксом или большой полостью распада в легком.

С помощью аускультации выявляют изменение характера дыхания и хрипы. Ослабленное дыхание может быть симптомом щажения пораженного легкого или результатом нарушения бронхиальной проходимости, а также плевральным выпотом. Тщательное выслушивание областей наиболее частой локализации туберкулеза (верхние отделы легких, подмышечные области, межлопаточное пространство, у нижнего угла лопаток) обнаруживает разнокалиберные влажные или сухие хрипы, чаще сопутствующие деструктивным процессам. Мелкопузырчатые хрипы иногда удается выслушать только при покашливании на высоте вдоха, на очень ограниченном участке, особенно при начальных формах туберкулеза легких. Средне и крупнокалиберные звучные хрипы чаще являются признаком каверны. Сухие хрипы свидетельствуют, как правило, о воспалении слизистой оболочки бронхов.

Исследование крови. Наиболее характерны небольшой лейкоцитоз (8—10 • 10^9/л), увеличение числа палочкоядерных нейтрофилов (до 10—15 %), эозинопения или анэозинофилия, лимфоцитоз (реже лимфопения) и моноцитоз, а также умеренное повышение СОЭ (до 20—25 мм/ч).

Имеет значение также и исследование белковых фракций крови, так как воспалительный процесс вызывает, как правило, увеличение грубодисперсных белков (α_2- и γ-глобулинов). Этот тест используют как специфический, если он возникает в ответ на пробу Коха.

Рентгенологические методы обследования больного туберкулезом включают: рентгеноскопию, рентгенографию и рентгенотомографию в различных положениях. Преимущественно используют рентгенографию. Для большей контрастности изображения снимки производят обычно на высоте вдоха в прямой и боковой проекциях. Прицельные снимки производят в положении, при котором исследуемый участок виден особенно отчетливо.

Томографию (послойное рентгенографическое исследование) обычно производят прицельно, после установления локализации процесса на обзорных прямых и боковых рентгенограммах. С помощью этого метода уточняют протяженность процесса, наличие распада легочной ткани, а также выявляют дополнительные детали (петрификаты в лимфатических узлах средостения и др.).

Особое место занимает флюорография — метод массового обследования населения для раннего выявления туберкулеза и других заболеваний легких. Высокая разрешающая и пропускная способность позволяет считать флюорографию основным методом отбора лиц с патологией в легких для дальнейшего обследования.

Контрастные методы, в частности бронхографию, применяют чаще с целью дифференциальной диагностики и уточнения состояния бронхов.

В последние годы в практику внедряется электрорентгенография.

Для правильного наблюдения, лечения и проведения профилактики пользуются клинической классификацией туберкулеза.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

(принята VIII Всесоюзным съездом фтизиатров в 1973 г.)

А. **Основные клинические формы**

Группа I. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков

Группа II. Туберкулез органов дыхания

Первичный туберкулезный комплекс
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
Диссеминированный туберкулез легких
Очаговый туберкулез легких
Инфильтративный туберкулез легких
Туберкулема легких
Кавернозный туберкулез легких
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких
Цирротический туберкулез легких
Туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема).
Туберкулез верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов и др.
Туберкулез органов дыхания, комбинированный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких

Группа III. Туберкулез других органов и систем

Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы
Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов
Туберкулез костей и суставов
Туберкулез мочевых, половых органов
Туберкулез кожи и подкожной клетчатки
Туберкулез периферических лимфатических узлов
Туберкулез глаз
Туберкулез прочих органов

Б. **Характеристика туберкулезного процесса**

Локализация и протяженность:

в легких по долям, сегментам, а в других системах — по локализации поражения

Фаза:

а) инфильтрация, распад, обсеменение;
б) рассасывание, уплотнение, рубцевание, обызвествление.

Бацилловыделение:

а) с выделением микобактерий туберкулеза (БК+);
б) без выделения микобактерий туберкулеза (БК—).

В. **Осложнения**

Легочные кровотечения, спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, почечная недостаточность, свищи бронхиальные, торакальные и др.

Г. **Остаточные изменения после излеченного туберкулеза**

а) Органов дыхания

Фиброзные, фиброзно-очаговые, буллезные изменения, кальцинаты в легких и лимфатических узлах, плевропневмосклероз, цирроз, бронхоэктазы, состояние после хирургического вмешательства и др.

б) Других органов

Рубцовые изменения в различных органах и их последствия, обызвествления, состояние после оперативных вмешательств

ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. Самым первым этапом развития первичного туберкулеза является ранняя туберкулезная интоксикация. Обычно вначале возникают различные нарушения функционального характера: недомогание, слабость, раздражительность, нарушение сна, аппетита, отмечается субфебрильная температура и т. п. Такое состояние может прекратиться и закончиться самостоятельным излечением, но для большинства больных необходима длительная (не менее 6 мес) антибактериальная терапия. Поставить диагноз ранней туберкулезной интоксикации трудно. Помогает в этом детальное изучение анамнеза, а также установление момента виража туберкулиновых проб. Считают, что локальный процесс у таких больных все же имеется во внутригрудных лимфатических узлах. Это нередко подтверждается позже, когда обнаруживают увеличенные, а затем и петрифицированные лимфатические узлы.

Всех детей, впервые реагирующих на туберкулин, берут на диспансерный учет, обследуют и при выявлении клинических симптомов интоксикации лечат туберкулостатическими препаратами (изониазид + ПАСК) в течение не менее 4—6 мес на фоне санаторно-гигиенического режима до полного выздоровления.

При отсутствии клинических признаков заболевания, особенно в условиях контакта, необходимо проведение курса химиопрофилак-

тики в течение 2—3 мес 2 раза в год в течение всего периода контакта.

У большинства детей период ранней интоксикации заканчивается выздоровлением, но у ряда из них он сменяется периодом развития локальных форм первичного туберкулеза, т. е. точно определяемыми рентгенологическими и клиническими методами поражения внутригрудных лимфатических узлов или же возникновением первичного комплекса.

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ. Первичный туберкулезный комплекс — заболевание, возникающее у лиц, ранее никогда не болевших туберкулезом. Чаще наблюдается у детей, подростков и молодых людей, но может быть и у лиц пожилого возраста. Существенную роль в патогенезе первичного туберкулеза играет контакт с бацилловыделителями и массивная, высоковирулентная инфекция. Исход инфекции определяется степенью врожденного и приобретенного иммунитета. При достаточно хорошем иммунитете организм справляется с инфекцией, болезнь не развивается. Если степень иммунитета недостаточна, инфицирование может перейти в патологический процесс, сопровождающийся теми или иными клиническими симптомами, образованием специфических бугорков в тканях ретикулоэндотелиальной системы. При прогрессировании болезни бугорки постепенно сливаются, увеличиваясь в размере, возникают узелки или очаги, которые чаще локализуются в легочной ткани или во внутригрудных лимфатических узлах.

Наиболее частая локализация первичного комплекса — легкие (90 %). Первичный комплекс состоит из трех компонентов: легочного очага — аффекта, поражения лимфатических узлов и связующего их лимфангита. Первичный очаг чаще локализуется подплеврально и представляет собой ацинозную или лобулярную казеозную пневмонию с зоной перифокального воспаления. Из очага по ходу лимфатических сосудов процесс распространяется до регионарных лимфатических узлов, где также возникает специфическое воспаление с казеозным некрозом всего узла или отдельных его участков. Вокруг лимфатических узлов может быть более или менее выраженная зона инфильтрации, которая иногда сливается с перифокальной зоной очага, образуя общий участок воспаления.

Клинические проявления первичного комплекса различны. Чаще развитие его происходит бессимптомно, у большинства процесс самостоятельно излечивается с образованием петрификатов. Петрифицированный первичный очаг в легком носит название очага Гона и нередко рентгенографически выявляется у взрослых, до этого систематически не обследовавшихся. Иногда заболевание развивается постепенно, с нарастанием симптомов интоксикации и локальных проявлений (боли, кашель, понижение аппетита, бледность кожных покровов, снижение массы тела).

Изредка наблюдается выраженная клиническая картина «пневмонии», подтверждаемая и рентгенологически. Туберкулиновые реакции в таких случаях у большинства больных резко положительны, т. е. происходит гиперсенсибилизация организма. Рентгенологически острой клинической картине соответствует пневмоническая стадия первичного комплекса.

При относительно спокойном, постепенном развитии болезни, а также в результате лечения наступает стадия «биполярности», т. е. отграничение зоны перифокального воспаления вокруг очага в легком и лимфатического компонента; каждый из них дифференцируется отчетливо.

Обратное развитие и заживление первичного комплекса характеризуются постепенной петрификацией уменьшающихся в размерах очагов поражения. Петрификация в легком начинается через 10—12 мес, а при правильном лечении раньше, но заканчивается не ранее чем через 2—$2^1/_2$ года. Значительно медленнее происходит петрификация лимфатических узлов.

К наиболее частым осложнениям первичного комплекса относятся: плевриты и бронхолегочные поражения, т. е. переход процесса на бронхи с развитием частичных ателектазов и в дальнейшем пневмосклероза. Гематогенные и лимфогематогенные отсевы и генерализация процесса встречаются относительно редко. На месте очагов первичного отсева, чаще в верхушечных областях легких, могут также образовываться мелкие кальцинаты — очаги Симона.

Лечение первичного комплекса проводят длительно комбинацией туберкулостатических препаратов с учетом индивидуальных особенностей больного, фазы процесса и осложнений.

В остром периоде болезни необходим постельный режим. Лечение начинают в стационаре тремя препаратами I ряда (см. ниже) в сочетании с витаминами (B_6, C) и десенсибилизирующими средствами. При выраженной положительной динамике через 3—6 мес стрептомицин обычно отменяют, лечение продолжают преимущественно препаратами ГИНК в сочетании с ПАСК. Длительность курса лечения не менее 12—18 мес. При осложнениях (например, туберкулезе бронхов) показано местное применение антибактериальных препаратов (ингаляции, интратрахеальные вливания).

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Выделяют 4 группы внутригрудных лимфатических узлов: паратрахеальные, трахеобронхиальные, бронхопульмональные и бифуркационные. Заболевание чаще наблюдается в детском, подростковом и юношеском возрасте. Различают инфильтративную и туморозную формы. При первой воспаление распространяется за пределы капсулы узла, на окружающую легочную ткань, при второй — локализуется в самом узле, который нередко подвергается тотальному казеозному некрозу. Поражаться могут одна или несколько групп узлов с одной или с обеих сторон.

В клинической картине в зависимости от характера морфологических изменений могут преобладать либо симптомы интоксикации, ли-

бо местные симптомы сдавления. Перкуторно над увеличенными лимфатическими узлами отмечается зона укорочения звука (паравертебрально или парастернально) — симптом Филатова, над позвонками — симптом Кара-ньи и бронхофония над VII шейным, I грудным и ниже III грудного позвонка (симптом Д'Эспина), которая определяется при значительном увеличении внутригрудных лимфатических узлов. При сдавлении больших сосудов может выслушиваться над рукояткой грудины «шум волчка». К симптомам сдавления относятся и «битональный» или «лающий» приступообразный кашель, шумный, удлиненный выдох и астмоидные приступы. У детей старшего возраста можно наблюдать расширение периферической венозной сети.

Наиболее частыми осложнениями являются плевриты различной локализации и поражения бронхов, особенно при туморозной форме. В результате сдавления или поражения бронхов, а также при прорыве казеозных масс в их просвет возникают ателектазы, иногда захватывающие всю долю. Рентгенологически в таких случаях обнаруживается гомогенное затемнение с вогнутой нижней границей; при вдохе рентгенологически отмечается смещение сердечно-сосудистой тени в сторону ателектаза. Движения диафрагмы на стороне ателектаза парадоксальны. Над участком ателектаза определяются притупление и ослабленное дыхание. Своевременно не распознанные и нелеченные ателектазы могут вызвать грубые фиброзные изменения и развитие бронхоэктазов. Поэтому существенное значение при обследовании таких больных имеет бронхоскопия, позволяющая выявить сдавление или поражение бронха и провести соответствующее лечение.

У взрослых заболевание наблюдается чаще в возрасте 18—25 лет, протекает обычно без выраженной клинической симптоматики. Однако детальное обследование нередко позволяет выявить вовлечение в процесс близлежащего бронха с частичным ателектазом легкого. Существенную роль в выявлении таких форм играют систематическая флюорография и туберкулинодиагностика. Дифференцировать заболевание у взрослых чаще приходится от лимфогранулематоза, саркоидоза (которые, как правило, двусторонние) или от злокачественных центральных опухолей (рак, лимфосаркома).

Лечение туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов проводят по общим принципам химиотерапии, но большое место занимают местные виды терапии (ингаляции, интратрахеальные вливания, лечебные бронхоскопии).

Диссеминированный туберкулез может быть результатом осложненного, прогрессирующего течения первичных форм, но чаще наблюдается во вторичном периоде инфекции. По частоте среди впервые выявляемых, а также состоящих под наблюдением диспансера он составляет у взрослых 10—12 %. Характерной чертой является бациллемия в начальной фазе процесса, а вследствие этого симметричность поражения легких, продуктивность воспалительной реакции, в связи с чем на рентгенограмме выявляется сетчатый, а затем и более грубый плевропневмосклероз. Воспалительные изменения имеют очаговый характер, очаги чаще множественны, сравнительно долго не подвергаются деструкции, а последняя бывает тонкостенной, чаще двусторонней и также симметричной. При диссеминированном туберкулезе чаще, чем при других формах, встречаются внелегочные локализации, нередко первыми привлекающие внимание больного и врача (боли в горле при поражении гортани, дизурические явления при мочеполовых поражениях и т. п.).

Различают острые, подострые и хронические формы диссеминированного туберкулеза.

Острый, или милиарный, туберкулез в настоящее время встречается редко. Клинически условно выделяют тифоидную, легочную формы и менингит. Первая по клиническим симптомам напоминает брюшной тиф. Очаги в легких выявляются рентгенографически лишь на 7—10-й день и больных госпитализируют нередко в инфекционные отделения. Дифференциально-диагностическими признаками являются лихорадка неправильного, иногда гектического типа, острое начало, тахикардия, симптомы дыхательной и сосудистой недостаточности, наличие туберкулезного контакта или заболевания в анамнезе. Туберкулиновые пробы из-за тяжести состояния больного чаще отрицательны (отрицательная анергия). Имеют значение экспресс-серологические методы диагностики кишечной инфекции, а также характер гемограмм: при туберкулезе выражен моноцитоз при сравнительно небольших общевоспалительных сдвигах, а также лимфопения или лимфоцитоз, а при тифе — лейкопения.

При легочной форме превалируют одышка, цианоз, сухой кашель. Начало не столь острое, но тяжесть состояния постепенно нарастает. Иногда первыми клиническими симптомами могут быть резкая боль в груди и сухой упорный кашель. Рентгенографически через 7—10 дней выявляются множественные, однотипные, мелкие (до 3 мм) «просовидные» симметрично расположенные в обоих легких, преимущественно в верхних и средних отделах, очаги. Структурность корней и легочного рисунка смазана.

Лечение должно проводиться не менее 9—12 мес. Сначала (через 2—6 нед) исчезают клинические симптомы, а к 2—3-му месяцу рентгенологически отмечается постепенное рассасывание очагов, раньше в средних отделах. Полное рассасывание очагов наступает через 9—12 мес.

Менингит является результатом гематогенного поражения мягких мозговых оболочек, он может осложнять течение любой формы первичного или вторичного туберкулеза. В настоящее время менингит встречается редко. Клиническая картина напоминает грипп или сепсис, абсцесс мозга. Нелегко дифференцировать туберкулезный менингит от менингита другой, в частности, вирусной, этиологии. Клиническая картина зависит от формы менингита. Различают базальный, спинальный менингит и менингоэнцефалит — наиболее тяжелую форму

заболевания, так как туберкулезом поражается не только мягкая мозговая оболочка, но и вещество мозга. Начало обычно менее острое, чем при банальных менингитах, имеют место продромальный период, в течение которого постепенно нарастают как общие симптомы туберкулезной интоксикации, так и выступающий на первый план менингеальный синдром, симптомы раздражения вегетативной нервной системы и мозговых оболочек: вялость, раздражительность, светобоязнь, нарушение сна, головная боль и рвота, ригидность затылочных мышц, симптом Кернига и др. Позже ввиду характерной базальной локализации процесса нарастают симптомы поражения корешков черепных нервов: чаще глазодвигательного, отводящего и лицевого. Нарушаются зрение, мимика, появляется асимметрия лица. При более глубоких поражениях — поперхивание и нарушение дыхания. Спинальная форма может сопровождаться парезами и параличами. Очень важна ранняя диагностика, своевременное направление больного в квалифицированный стационар, спинномозговая пункция и исследование ликвора. Характерной для туберкулезного менингита является прозрачная, бесцветная или слегка опалесцирующая спинномозговая жидкость, вытекающая частыми каплями или струей. Через 12—24 ч на поверхности ее образуется нежная «паутинообразная» пленка, в которой часто находят БК при исследовании методами посева или флотации. Содержание белка повышено до 6—30 г/л, цитоз нейтрофильно-лимфоцитарный или лимфоцитарный (до 100—150 клеток и более). Количество сахара и хлоридов снижено тем резче, чем тяжелее менингит.

В настоящее время у больных, получающих туберкулостатические препараты по поводу легочного или внелегочного туберкулеза, клинические симптомы менингита могут быть стертыми и проявляться головной болью, тошнотой, нарушением сна.

Если диагноз поставлен своевременно, т. е. не позднее 10-го дня, лечение, как правило, эффективно. При поздней диагностике часто наблюдаются тяжелые осложнения и развитие инвалидности. Терапия в настоящее время проводится преимущественно беспункционным методом, препаратами ГИНК (изониазидом, фтивазидом) в относительно высоких дозах в сочетании с другими туберкулостатическими препаратами I или II ряда, витаминами, дегидратационными средствами, а иногда и кортикостероидами (преднизолон, преднизон). При тяжелом состоянии, в случаях поздней диагностики стрептомицин в первый период вводят эндолюмбально, для чего применяют его хлоркальциевый комплекс (взрослым по 75 000—150 000 ЕД, подросткам — 50 000—70 000 ЕД, детям до 1 года 15 000—20 000 ЕД 1 раз в сутки).

Лечение должно продолжаться не менее года. Критерием эффективности его служит не только изменение клинической картины, но в большей степени состав ликвора, нормализация которого происходит значительно медленнее, иногда в течение 4—6 мес.

Подострые диссеминированные процессы отличаются большей выраженностью экссудативного компонента воспаления. Очаговые тени выявляются рентгенологически, как правило, бóльших размеров, с нечеткими контурами, нередко сливающиеся, с образованием конгломератов и фокусов, чаще подвержены деструкции, клинические проявления выражены более резко, чем при других формах туберкулеза.

Лечение длительное. Остаточные изменения при правильной терапии обычно не очень выражены и проявляются в виде ограниченного плевропневмосклероза и немногочисленных плотных, а иногда и петрифицированных очагов.

При хроническом течении диссеминированного туберкулеза заболевание чаще начинается и протекает незаметно, без выраженных клинических симптомов; в результате повторных диссеминаций наблюдается волнообразное развитие болезни. Рентгенологическая картина имеет полиморфный характер, так как очаги находятся на разных стадиях развития. В результате хронической легочной недостаточности и гипертензии в малом круге кровообращения формируется хроническое легочное сердце. На первых этапах заболевание выявляется только при профилактических флюорографических обследованиях. Позднее, при одном из обострений процесса, могут появиться острые симптомы: боль в горле, охриплость голоса, обусловленные поражением гортани, или кровохарканье. Эти симптомы нередко и вынуждают больных впервые обращаться к врачу. Правильность диагноза в таких случаях зависит от тщательности обследования больного. В анамнезе часто имеют место плевриты, лимфадениты, рецидивирующие «бронхиты» и «гриппы». Решающим в диагностике является рентгенологический метод обследования.

Дифференцируют от силикоза, саркоидоза, реже — от карциноматоза и рассеянного плевропневмосклероза.

Лечение хронического диссеминированного туберкулеза должно быть более длительным (1—2 года), комплексным. При излечении остаточные изменения имеют более грубый характер.

Очаговый туберкулез легких в структуре туберкулеза занимает по частоте первое место и составляет как среди впервые выявляемых, так и среди контингентов больных, состоящих на учете, более 50 %. Это не вполне однородные процессы, так как они могут быть относительно свежими, являясь начальными формами вторичного туберкулеза (так называемый мягкоочаговый туберкулез), но могут иметь и сравнительно большую давность, хроническое течение (так называемый фиброзно-очаговый туберкулез), который чаще формируется в результате инволюции более распространенных процессов.

В патогенезе очагового туберкулеза играют роль эндогенная и экзогенная инфекция. Источником эндогенной реактивации заболевания чаще являются остаточные изменения на месте первичного туберкулеза: петрифика-

ты в лимфатических узлах, легких и других органах. Однако возможно и повторное заражение, т. е. экзогенное инфицирование, особенно в условиях контакта. Повторное поступление инфекции в организм сенсибилизирует его, создает условия для развития обострения в старых, уже имевшихся в организме очагах, но может вызвать и образование новых участков поражения. Существенное значение имеют состояние организма и его реактивность. Поэтому причинами, способствующими заболеванию, могут быть сопутствующие хронические болезни (сахарный диабет, ревматизм) или острые инфекции (грипп и т. д.), неблагоприятные климатические условия, профессиональные вредности, алкоголизм, неблагоприятные бытовые условия и т. д. В связи с этим профилактика вторичного туберкулеза строится с учетом всех особенностей его патогенеза. Создаются условия, препятствующие инфицированию населения, лечение проводится до минимальных остаточных изменений, предусматриваются профилактические профессиональные мероприятия, улучшаются материальное положение трудящихся, жилищные условия.

Очаги имеют преимущественно продуктивный характер. Размеры их колеблются от нескольких миллиметров до 1 см. Преимущественная локализация — I, II сегменты (до 70 %), верхняя доля или VI сегмент нижней доли, чаще справа. В настоящее время наблюдаются ограниченные, односторонние процессы.

Развитие заболевания обычно постепенное, без выраженных клинических симптомов; течение — относительно благоприятное. Более 80 % заболевших выявляются при профилактических обследованиях. Реже больные обращаются с разнообразными жалобами, обусловленными интоксикацией и имеющими непостоянный характер. Таких больных часто лечат по поводу «невроза», «вегетодистонии» или «тиреотоксикоза». Иногда заболевание начинается остро и напоминает катар верхних дыхательных путей, бронхит, грипп, пневмонию. Лишь рентгенологическое исследование позволяет установить истинную причину этих симптомов. Поэтому для всех впервые обращающихся в общую лечебно-профилактическую сеть или часто и длительно болеющих обязательно флюорографическое обследование.

Основными диагностическими методами являются рентгенотомографический и бактериологический, поскольку физикальные симптомы при ограниченных очаговых процессах, особенно в начальных фазах, до возникновения деструкции выражены очень мало и у незначительной части больных. Это в первую очередь напряжение мышц, отставание при дыхании одной половины грудной клетки, ослабленное дыхание. Хрипы могут быть непостоянными, очень малочисленными, выслушиваются при покашливании на высоте вдоха.

Рентгенотомография позволяет уточнить протяженность, фазу процесса, особенно фазу распада, так как полости очень малы.

БК обнаруживают лишь при многократном исследовании различными методами, включая метод посева. Мокрота у больных очаговым туберкулезом бывает редко, поэтому исследуют промывные воды бронхов, желудка или слизь из зева после раздражающей ингаляции. Частота обнаружения БК зависит от многократности исследования и фазы процесса. Троекратное исследование методом посева повышает частоту обнаружения БК.

Туберкулиновые реакции обычно имеют нормергический характер. В лейкограмме менее чем у половины больных могут быть умеренный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево и повышение СОЭ. Характерно увеличение числа лимфоцитов и сочетание лимфоцитоза с моноцитозом, что свидетельствует о напряжении защитных реакций ретикулоэндотелиальной системы и сопутствует благоприятному течению болезни.

От правильности лечения больных очаговым туберкулезом зависит исход болезни, выраженность остаточных изменений и вероятность обострений или рецидивов туберкулеза с развитием распространенных форм, в частности инфильтративного, а затем и фиброзно-кавернозного туберкулеза.

Всех больных с впервые выявленным активным очаговым туберкулезом необходимо начинать лечить в стационаре тремя основными туберкулостатическими препаратами. При выраженной положительной динамике через 2—3 мес стрептомицин может быть отменен, лечение продолжается преимущественно препаратами ГИНК (изониазид) и ПАСК. При плохой переносимости необходимы десенсибилизирующая или антитоксическая терапия, подбор переносимых препаратов тех же групп или II ряда. Общая длительность непрерывного лечения — 10—15 мес в зависимости от характера и фазы процесса в момент выявления, выраженности положительной динамики его, переносимости препаратов, наличия устойчивости БК, осложнений или сопутствующих заболеваний. Одним из осложнений может быть поражение бронха, клинически протекающее бессимптомно. Поэтому в фазе распада показана бронхоскопия, а нередко и местная терапия (ингаляция, интратрахеальные вливания лекарственных веществ).

Из дополнительных методов лечения следует иметь в виду пневмоторакс, особенно при выраженных симптомах непереносимости, устойчивости БК, алкоголизме, сахарном диабете у больных с очаговым туберкулезом в фазе распада и наличием бацилловыделения.

Правильное применение комплексной терапии должно приводить к клиническому излечению большинства больных (до 98—100 %). Профилактические курсы следует проводить при неблагоприятных обстоятельствах или в неблагоприятные сезоны года в последующие 2—3 года в течение $1^1/_2$—2 мес в зависимости от начальных и остаточных изменений.

Инфильтративный туберкулез занимает по частоте 2-е место в структуре легочного туберкулеза. Эта форма чаще развивается на фоне очагового туберкулеза в результате его прогрессирования. Морфологически инфиль-

трат представляет собой очаг, окруженный зоной перифокального воспаления. От величины и характера воспалительной реакции зависит выраженность клинической симптоматики и рентгенологических изменений. Различают облаковидные и округлые инфильтраты. По локализации инфильтраты могут разделяться на перисциссуриты и лобиты. Наиболее тяжелая форма инфильтративного туберкулеза — казеозная пневмония, которая в настоящее время наблюдается редко. Начало казеозной пневмонии в большинстве случаев острое, напоминающее крупозную. Больные нередко лечатся от пневмонии без эффекта, что и заставляет заподозрить туберкулезную этиологию болезни. Рентгенологически в таких случаях уже выявляются полости распада, т. е. диагноз ставят поздно, а это осложняет лечение и снижает его эффективность. Поэтому клинический диагноз пневмонии и ее излечение всегда необходимо подтверждать рентгенологически. Инфильтративный туберкулез чаще приходится дифференцировать от крупозной или абсцедирующей пневмонии, рака легкого.

Л е ч е н и е проводят в стационаре сочетанием трех основных препаратов и витаминами (B_6, С). При инфильтративном туберкулезе чаще, чем при других формах, возникает необходимость применения пневмоторакса, так как распад наблюдается в 40—50 % случаев, особенно при облаковидных инфильтратах. Длительность лечебного пневмоторакса в комбинации с антибактериальной терапией может быть сокращена в настоящее время до нескольких месяцев. По окончании непрерывного курса лечения (15—18 мес) необходимы профилактические, сезонные курсы, длительность которых определяется индивидуально.

Туберкулемы легких представляют собой инкапсулированные, обычно единичные округлые участки воспаления диаметром от 1 до 4 см и более с преобладанием казеозного некроза в центре. Туберкулемы могут возникать вследствие инкапсуляции округлых инфильтратов, особенно на фоне антибактериальной терапии. При слиянии, инкапсулировании нескольких очагов возникают к о н г л о м е р а т н ы е туберкулемы. При рецидивирующем течении процесса каждая вспышка может сопровождаться образованием новой зоны воспаления с последующей ее инкапсуляцией, возникает слоистая туберкулема, постепенно увеличивающаяся в размерах. При нарушении дренажной функции бронха полость распада или каверна может заполняться казеозными массами и грануляциями — образуется «ложная» туберкулема.

Формирование туберкулемы нередко происходит бессимптомно, заболевание обнаруживается при профилактическом флюорографическом обследовании. Реже имеют место слабо выраженные симптомы интоксикации, боли на ограниченном участке. Физикальные симптомы отмечаются очень редко. Туберкулиновые пробы у большинства больных туберкулемой имеют гиперергический характер.

Прогрессирование с развитием деструкции может сопровождаться более выраженными общими и местными симптомами (изменения лейкограммы, хрипы и пр.). В фазе распада чаще удается обнаружить БК в мокроте, преимущественно методами флотации или посева. При бронхоскопии нередко обнаруживают поражение бронхов.

Существенное значение в диагностике туберкулем имеет рентгенотомографический метод. Дифференцировать туберкулемы необходимо от опухолей, эхинококка, дермоидных кист.

Л е ч е н и е. Отличительной особенностью туберкулем является плохая их васкуляризация, что препятствует проникновению туберкулостатических препаратов внутрь капсулы и резко снижает эффективность терапии. Основным видом лечения в настоящее время является хирургический (экономная резекция) после 4—8-месячной антибактериальной терапии, направленной преимущественно на оздоровление окружающей легочной ткани и санацию бронхов.

Кавернозный туберкулез легких характеризуется наличием изолированных, стабильных в размерах каверн без выраженных воспалительных и склеротических изменений в окружающей легочной ткани. Эта форма является как бы промежуточной стадией между инфильтративным туберкулезом в фазе распада и фиброзно-кавернозным туберкулезом.

Морфологические особенности обусловливают малую симптоматику болезни, отсутствие признаков интоксикации и катаральных явлений; в таких случаях рентгенологически выявляются «немые» каверны — округлые кольцевидные тени. Дифференцируют кавернозный туберкулез от кист легкого, эхинококка.

В л е ч е н и и существенную роль играют местные виды терапии (ингаляции, интратрахеальные вливания), так как одной из причин формирования каверны является нарушение ее дренажа из-за поражения бронхов. Шире используется внутривенный метод введения лекарств для повышения их концентрации в области поражения. Поскольку стенки полости при кавернозном туберкулезе сохраняют эластичность, применяют искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум. При сохранении стабильной каверны в течение 4—6 мес комплексной терапии необходимо хирургическое вмешательство (экономная резекция легкого).

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких — далеко зашедшая хроническая форма туберкулеза, труднее всего поддающаяся лечению. В настоящее время среди впервые выявляемых больных фиброзно-кавернозный туберкулез составляет около 4 %.

В периоды обострения симптомы интоксикации могут быть резко выражены. Нередко наблюдается кровохарканье, а иногда и легочное кровотечение. При распространенных и длительных процессах нарастают симптомы легочно-сердечной недостаточности (одышка, цианоз). Болезнь может осложниться амилоидозом внутренних органов.

Больных беспокоит кашель нередко со значительным количеством мокроты, в которой БК обнаруживаются даже методом простой бактериоскопии, чаще выявляются эластические во-

локна. При осмотре нередко можно отметить похудание, бледность, акроцианоз, деформацию и асимметрию грудной клетки. Перкуторные симптомы также имеют место чаще и в большей степени, чем при других формах туберкулеза. При аускультации выслушивается бронхиальное, а над большими кавернами с гладкими стенками амфорическое дыхание. Прослушиваются влажные хрипы, звонкие в центре каверны, мелкие по периферии.

Рентгенологическая картина характеризуется наличием каверны с толстыми стенками в большинстве случаев неправильной формы, иногда обнаруживаются многокамерные каверны с грубыми фиброзными изменениями в окружающей ткани и с уменьшением в объеме пораженного участка легкого. Тень органов средостения нередко смещается в сторону поражения, сужаются межреберные промежутки и даже деформируется скелет грудной клетки.

Лечение впервые выявленных больных фиброзно-кавернозным туберкулезом должно проводиться непрерывно в течение 1—2 лет комбинацией препаратов I и II ряда с использованием различных методов их введения (интратрахеально, внутривенно). Следует иметь в виду, что у этих больных часто отмечается лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза. При стабилизации процесса, ликвидации инфильтративных изменений и относительной отграниченности его необходимо хирургическое лечение: резекция доли легкого, а при большой протяженности одностороннего поражения — пульмонэктомия.

Цирротический туберкулез легких чаще является исходом фиброзно-кавернозного, диссеминированного или инфильтративного туберкулеза типа лобита и казеозной пневмонии. Клиническая картина этой формы обусловлена преимущественно осложнениями неспецифического характера и может проявляться симптомами легочно-сердечной недостаточности, кровохарканьем, развитием бронхоэктазов и присоединением неспецифической, вторичной флоры. Физикальные симптомы обусловлены преобладающими фиброзными, сморщивающими процессами. Поэтому при циррозе особенно выражены асимметрия и деформация, уплощение грудной клетки над участками поражения. Перкуторно определяется интенсивное притупление, а аускультативная картина зависит от фазы процесса и выраженности неспецифических изменений в бронхах. Выслушиваются множественные сухие (грубые) или влажные хрипы, особенно при обострении. Рентгенологическая картина зависит от локализации, протяженности и фазы процесса.

Лечение в период ремиссии проводят преимущественно неспецифическими препаратами в зависимости от преобладания тех или иных симптомов. В момент обострения необходима антибактериальная противотуберкулезная терапия с учетом ранее применявшихся препаратов, а также переносимости их и устойчивости БК.

Туберкулезный плеврит может возникать контактным (с пораженных участков легкого или лимфатических узлов), лимфогенным или гематогенным путем. Воспалительный процесс в плевре может развиваться на фоне гиперсенсибилизации организма у больных первичным, инфильтративным или диссеминированным туберкулезом. Плеврит бывает нередко первым проявлением туберкулеза, когда в организме еще нет другой локализации болезни. Он может быть сухим или экссудативным.

При остро развивающемся плеврите на первый план обычно выступает болевой синдром. При осмотре определяется отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании. Пальпаторно выявляются болезненность и напряжение мышц. Перкуторный звук над воспаленной плеврой укорочен, дыхание ослаблено. При сухом плеврите выслушивается шум трения плевры. При большом количестве экссудата перкуторно определяется характерная верхняя косая граница притупления, межреберные промежутки сглаживаются или выбухают. Дыхание над выпотом не прослушивается. Нарастают одышка, симптомы интоксикации, температура тела может быть высокой или субфебрильной. Больные предпочитают положение на пораженной стороне. Отмечаются учащение пульса, глухие тоны сердца, смещение сердечного толчка в противоположную от экссудата сторону.

Рентгенологически при фибринозных плевритах различной локализации выявляется диффузное понижение прозрачности соответствующих отделов, при экссудативных — интенсивная тень с косой верхней границей. При междолевых плевритах в боковой проекции выявляются характерные линзообразные тени по ходу плевральных щелей. Важным диагностическим признаком является характер экссудата, полученного при пункции плевральной полости. Для туберкулезного плеврита характерен серозный экссудат с относительной плотностью до 1022 и содержанием белка от 3 до 6 %. В клеточном составе преобладают лимфоциты. Методом посева, реже методом флотации могут обнаруживаться БК.

Течение и исход плеврита зависят от характера основного туберкулезного процесса. Легче протекают перифокальные, «реактивные» плевриты, не сопровождающиеся развитием специфического воспаления плевры. При диссеминированном туберкулезе они могут рецидивировать, экссудат может быть геморрагическим, длительно не рассасывающимся.

При прорыве в плевральную полость казеозных масс из расплавившегося очага или каверны могут развиваться тяжелейшие осложнения в виде гнойного плеврита — эмпиемы и спонтанного пневмоторакса. Гнойные плевриты чаще начинаются остро, протекают с ознобом, болями, одышкой, температура тела может быть гектической, резко выражены симптомы интоксикации. Гнойные туберкулезные плевриты могут протекать и при нормальной температуре.

Лечение туберкулезного плеврита проводят по общепринятым принципам. При больших выпотах делают лечебные пункции с удалением экссудата и введением в плевральную полость туберкулостатических средств. При выраженной гиперсенсибилизации необходимы гормональная терапия, большие дозы

аскорбиновой кислоты. Антибактериальную терапию проводят длительно сочетанием нескольких препаратов в зависимости от основного процесса. У впервые заболевших лечение начинают с назначения трех препаратов I ряда. После ликвидации острых явлений необходимы физиотерапия и лечебная физкультура, способствующие лучшему рассасыванию плевральных сращений и излечению с наименьшими остаточными изменениями.

Лечение гнойного плеврита проводится систематическими аспирациями гноя. В тех случаях, когда гной густой, промывают плевральную полость изотоническим раствором хлорида натрия и вводят туберкулостатические препараты внутриплеврально. Общая терапия должна включать специфические и противовоспалительные препараты широкого спектра, так как в случаях прорыва висцеральной плевры имеет место смешанная инфекция. Стойкое излечение возможно только при облитерации плевральной полости. При неэффективности консервативной терапии показано хирургическое лечение — плеврэктомия, а при тяжелом легочном процессе и образовании легочно-плевральных свищей — плевропульмонэктомия.

Туберкулез верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов — вторичное заболевание, чаще является осложнением хронических деструктивных форм туберкулеза легких (фиброзно-кавернозного, хронического диссеминированного) и туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. Частота поражения бронхов и трахеи в настоящее время значительно снизилась. Пути поражения бронхов и трахеи — спутогенный (через мокроту), контактный, а также и лимфогематогенный. Различают инфильтративную и язвенную формы, последняя в настоящее время наблюдается очень редко. Наиболее характерными симптомами туберкулеза бронхов являются упорный приступообразный кашель, боли в области грудины или в межлопаточной области. Но иногда эти симптомы могут быть выражены слабо. Основной метод диагностики туберкулеза бронхов и трахеи — трахеобронхоскопия. Для своевременного выявления бессимптомно протекающего туберкулеза бронхов этот метод показан при всех деструктивных формах туберкулеза легких и у больных первичным туберкулезом. Повторные бронхоскопии применяются и с лечебной целью для аспирации казеозных масс и гноя, прижигания или удаления грануляций, введения лекарств.

Лечение туберкулеза верхних дыхательных путей наряду с общепринятыми принципами имеет и свои особенности. Необходима интенсивная местная терапия в виде ингаляций или вливаний гортанным шприцем, введение препаратов в бронх через катетер или бронхоскоп. Иногда, при резкой дисфагии, лечение проводят внутривенно капельно до ликвидации осложнения. Клиническое излечение туберкулеза дыхательных путей наступает в сравнительно короткие сроки (3—4 мес) при условии своевременного выявления и лечения. При преобладании продуктивной реакции или медленном рассасывании инфильтративных изменений в дыхательных путях туберкулостатическая терапия должна сочетаться с патогенетической (ферменты, гормональные препараты, витамины).

Для ингаляций можно использовать все растворимые туберкулостатические средства. Наиболее широко применяют 2 % раствор солютизона в дозе 4—5 мл, 5—10 % раствор салюзида по 4—5 мл, стрептомицин, канамицин или виомицин по 0,5 г в 4—5 мл изотонического раствора хлорида натрия или 0,5 % раствора новокаина. Целесообразно сочетание специфических противотуберкулезных средств с препаратами широкого или неспецифического действия (фурагин, фурацилин в разведении 1:5000, 10—30 % раствор норсульфазол-натрия, сульфацил-натрия и т. п.) для воздействия на вторичную микробную флору. При выраженном астмоидном компоненте показаны бронхоспазмолитические средства: 0,1 % раствор эуфиллина, эуспиран, атропин, эфедрин. Длительность непрерывного курса лечения определяется характером легочного туберкулезного процесса.

Осложнения туберкулеза. Из осложнений следует выделить легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, амилоидоз внутренних органов, легочно-сердечную недостаточность, наблюдающиеся преимущественно у больных хроническим деструктивным туберкулезом легких.

Легочное кровотечение (выделение больших количеств крови) обусловлено чаще разрывом сосуда в каверне. Кровохарканьем называют выделение небольших количеств крови или примесь ее к мокроте. Причинами кровохарканий могут быть повышение проницаемости стенок капилляров или гипертензия в сосудах малого круга кровообращения. Кровохарканье и кровотечение отягощают состояние больного, так как могут осложниться аспирационной пневмонией и прогрессированием процесса (с развитием казеозной пневмонии), а иногда — закупоркой бронхов и асфиксией. Массивное легочное кровотечение может явиться причиной смерти больного.

Лечение. Кровохарканье, а тем более легочное кровотечение вызывают у больных страх, поэтому необходимо создать спокойную обстановку и удобно поместить больного в положении полусидя для лучшего отхаркивания. Необходимо прежде всего наложить жгуты на конечности (лучше перекрестно, например на правое бедро и левое плечо на 20—30 мин, так, чтобы прощупывался пульс, а затем на левое бедро и правое плечо). Это обеспечивает перераспределение крови в кровеносном русле: создается депо в большом круге и уменьшается количество крови в малом круге кровообращения. С этой же целью применяют 0,5—1 мл 0,1 % раствора атропина под кожу, так как он расширяет сосуды брюшной полости, и 3—5 мл 20 % масляного раствора камфоры, которая усиливает обменные процессы в миокарде и стимулирует периферическое кровообращение. Кроме того, в/в вводят 5—10 мл 5—10 % раствора хлорида кальция (медленно!) или препарат дают внутрь по 1 столовой ложке

4—5 раз в сутки. В домашних условиях можно дать крепкий раствор поваренной соли ($1^1/_2$ столовой ложки на 1 стакан воды). Для повышения свертываемости крови в/м вводят по 1 мл 1 % раствора викасола или 25—30 мл 10 % раствора желатина. Используют переливание небольших доз (50—100 мл) плазмы или крови, подкожное введение (500—1000 мл) кислорода; искусственный пневмоторакс или пневмоперитонеум (также с введением кислорода). Применяют также 5 % аминокапроновую кислоту внутрь. При выраженной гипертензии в малом круге кровообращения в/м вводят 5 % раствор пентамина по 0,5—1 мл. Обильные повторные кровохарканья могут явиться жизненным показанием к хирургическому вмешательству. Лечение аспирационной пневмонии должно быть комплексным и включать специфические и неспецифические противовоспалительные средства, оксигенотерапию, сердечные и сосудистые препараты.

Спонтанный пневмоторакс (проникновение воздуха в плевральную полость вследствие нарушения целостности висцеральной плевры) сопровождается резкими болями в груди, одышкой, явлениями коллапса (слабость, бледность, холодный пот, частый слабый пульс). Больной принимает вынужденное положение (сидя или лежа на стороне пневмоторакса). Особенно тяжело протекает клапанный пневмоторакс, при котором в плевральной полости накапливается очень много воздуха.

Первая помощь заключается в назначении сердечно-сосудистых, болеутоляющих средств и ингаляций кислорода, а также в удалении воздуха из плевральной полости.

Амилоидоз (см. главу «Внутренние болезни»).

Легочно-сердечная недостаточность. Основной причиной является длительная интоксикация организма и легочная гипертензия. При ее развитии в комплекс лечения включают сердечные гликозиды, диуретики, бронхоспазмолитики, оксигенотерапию (коргликон в сочетании с эуфиллином в/в, препараты дигиталиса в обычных дозах).

Принципы и методы лечения больных туберкулезом. Основным методом лечения туберкулеза в настоящее время является антибактериальная терапия, включающая принципы: сочетанного применения нескольких туберкулостатических, нередко и патогенетических препаратов, длительности химиотерапии и индивидуального подхода в каждом конкретном случае заболевания. Необходимость сочетанного применения препаратов диктуется устойчивостью возбудителя, его высокой жизнеспособностью и приспособляемостью, а также тем, что различные препараты оказывают действие лишь на одну из сторон обмена возбудителя, ослабляя, но не убивая его. Комплексное применение препаратов препятствует развитию лекарственной устойчивости БК или отдаляет его, создает возможность длительной терапии. При этом усиливается действие каждого препарата. Индивидуальный выбор средств и методов лечения определяется не только характером, формой и фазой процесса, особенностями возбудителя, но и состоянием реактивности организма, переносимостью препаратов больным.

В настоящее время имеется около 30 туберкулостатических препаратов, которые принято делить по эффективности на основные, или препараты I ряда, и резервные, т. е. препараты II ряда, более токсичные и в большинстве случаев менее эффективные, чем препараты I ряда.

Основные препараты. К ним относят: препараты ГИНК (изониазид, фтивазид, метазид, салюзид, ИНГА-17), стрептомицин, дигидрострептомицин и ПАСК. Наиболее активными являются препараты группы ГИНК — гидразиды изоникотиновой кислоты. Из них наиболее часто применяют изониазид. Он хорошо растворим в воде, быстро всасывается, легко проникает через все тканевые барьеры организма и в больших концентрациях может накапливаться в очагах туберкулезного воспаления. Средняя суточная доза препарата 10—15 мг/кг массы тела больного, т. е. 0,6—0,9 г. Лицам, быстро инактивирующим препарат, целесообразно увеличение дозы. Применяют препарат энтерально, в/в, интратрахеально, в свечах в 2—3 приема или однократно при всех формах заболевания. Выпускают в порошке и таблетках по 0,1, 0,2 и 0,3 г. Препарат может оказывать токсическое действие на центральную или периферическую нервную систему, что выражается в нарушении сна, головной боли или развитии невритов конечностей, иногда дерматитов в виде мелкоточечной зудящей сыпи. Для предупреждения токсического действия одновременно назначают витамин B_6 и глютаминовую кислоту. Токсические симптомы могут быть ликвидированы при правильной дозировке и дробном введении препарата.

Фтивазид — отечественный препарат, несколько менее токсичен, чем изониазид, также обладает высокой проникающей способностью и эффективностью. Назначают в бóльших, чем изониазид дозах (30—40 мг/кг), т. е. по 1—1,5 и даже 2 г/сут дробно или в один прием, перорально или в свечах. Выпускается в порошке и таблетках по 0,1; 0,3 и 0,5 г.

Салюзид растворимый — отечественный препарат группы ГИНК. Применяют в виде стерильных 5—10 % водных растворов парентерально, местно, в аэрозолях из расчета 10—15 мг/кг, т. е. по 5—10 мл/сут. Выпускают в виде 5 % раствора в ампулах по 1, 2 и 10 мл и в виде 10 % раствора по 10 мл.

Метазид — эффективный малотоксичный препарат отечественного производства, нерастворим в воде. Применяют в тех же дозах, что и фтивазид; иногда легче переносится и может заменять последний при токсических симптомах. Формы выпуска те же, что и фтивазида.

ИНГА-17 — синтезирован в Болгарии, малотоксичен, близок по действию к фтивазиду, особенно эффективен при свежих экссудативных процессах. Назначают по 10—20 мг/кг в сутки дробно или однократно. Выпускают в таблетках по 0,1 и 0,3 г.

Эффект от препаратов ГИНК проявляется

в абациллировании больных, рассасывании инфильтрации и стимуляции роста грануляционной ткани, т. е. рубцевании полостей распада. Особенностью этих препаратов является ослабление вирулентности БК, даже при развитии их устойчивости, что позволяет получать клинический эффект и применять препараты почти на протяжении всего курса лечения.

Эффект от применения препаратов ГИНК в известной степени зависит от их инактивации в организме больного. Степень инактивации необходимо учитывать при симптомах непереносимости препарата, а также при недостаточном эффекте лечения для правильной дозировки.

Стрептомицин — антибиотик, в отличие от препаратов ГИНК обладает широким спектром действия, т. е. оказывает действие не только на БК. Применяют сульфат стрептомицина, хлоркальциевый комплекс и дигидрострептомицин парентерально и местно; для эндолюмбального введения применяют только хлоркальциевый комплекс и в меньших дозах. Средняя суточная доза стрептомицина для взрослых в/м 1 г (1 000 000 ЕД); обычно вводят однократно. При симптомах непереносимости дозу можно уменьшить или вводить препарат дробно.

Стрептомицин и его аналоги могут вызывать аллергические реакции (сыпь, зуд, повышение температуры) у больных и персонала. С десенсибилизирующей целью назначают препараты кальция, аскорбиновую кислоту, антигистаминные средства (димедрол, дипразин). При выраженных аллергических симптомах целесообразно применить дигидрострептоминин (аскорбинат или пантотенат), а также глюкокортикоиды. Токсическое действие стрептомицина чаще проявляется нарушением слуха или вестибулярными расстройствами; в этих случаях препарат необходимо отменить.

Дигидрострептомицина пасКат — комплексный препарат для в/м или местного применения. Назначают в дозе 0,5—1 г/сут взрослым.

ПАСК — пара-аминосалициловая кислота. Применяют натриевую соль пара-аминосалициловой кислоты, хорошо растворимую в воде. ПАСК оказывает действие только на БК. По эффективности уступает препаратам ГИНК и стрептомицину, но является их синергистом и при сочетанном применении препятствует развитию лекарственной устойчивости БК. Суточная доза 200 мг/кг, т. е. 9—15 г; назначают дробно после еды, так как препарат раздражает слизистую оболочку желудка. Для предотвращения диспепсических явлений целесообразно запивать препарат щелочной минеральной водой или молоком. Стабилизированные стерильные 3 % растворы могут вводиться в/в капельно.

Бепаск — кальциевая соль пара-бензоиламиносалициловой кислоты; нерастворим в воде; назначают при непереносимости ПАСК в тех же дозах.

Резервные препараты. К ним относятся различные химические вещества и антибиотики, действующие туберкулостатически. Их назначают в различных сочетаниях в зависимости от переносимости, характера и фазы процесса, а также лекарственной устойчивости БК.

Антибиотики II ряда обладают широким спектром действия, поэтому чаще применяются при хронических деструктивных формах туберкулеза.

Флоримицина сульфат (виомицин) уступает по активности препаратам ГИНК, но действует на устойчивые к ним БК. Применяют в/м в дозе 0,5 г/сут. Токсическое действие оказывает на почки и слуховой нерв. Выпускают во флаконах по 0,5 и 1 г.

Канамицина сульфат — токсичнее стрептомицина, по активности аналогичен ему; назначают парентерально по 0,5—1 г.

Циклосерин (серомицин) растворим в воде, хорошо всасывается, менее активен, чем стрептомицин. Применяют внутрь по 0,25 г 3 раза в сутки, обязательно в сочетании с глутаминовой кислотой, так как оказывает токсическое действие на ЦНС. Выпускают в таблетках или капсулах по 0,25 г.

Химиопрепараты. Из химиопрепаратов используют этионамид (трекатор), протионамид (тревентикс), действующие на БК, устойчивые к другим препаратам. Применяют внутрь и в свечах. Суточная доза не должна быть меньше 0,75 г, так как только при этой дозе достигается бактериостатическая активность. Токсическое действие проявляется в диспепсических явлениях, для предупреждения которых препараты назначают после еды в сочетании с висмутом или хлористоводородной кислотой. Кроме того, препараты оказывают токсическое действие на нервную систему, в связи с чем рекомендуется назначать их одновременно с витамином B_6, никотинамидом, глутаминовой кислотой.

Пиразинамид обладает хорошей способностью проникать в участки казеоза. Суточная доза 1,5—2 г; назначают дробно. В процессе лечения необходимо следить за функцией печени, проводя систематический лабораторный контроль за уровнем билирубина и аминотрансфераз. Противопоказан больным, перенесшим гепатит. Выпускают в таблетках по 0,5 г.

Тибон — тиосемикарбазон, почти нерастворим в воде, токсичен. Максимальный эффект оказывает на внелегочные формы туберкулеза, особенно лимфаденит. Суточная доза 0,15 г; назначают дробно (по 0,05 г 2—3 раза в день). Выпускают в таблетках по 0,05 г. В настоящее время применяют растворимый препарат солютизон внутрь или интратрахеально в виде 2 % раствора по 4—5 мл.

Особое место занимает рифампицин и этамбутол; по своей активности они могут быть отнесены к группе основных препаратов.

Рифампицин (рифадин, римактан) — синтетический антибиотик, обладает высокой бактериостатической активностью широкого спектра, не имеет перекрестной устойчивости с другими препаратами. Хорошо растворим, быстро всасывается. Применяют в дозе 0,45—0,6 г/сут натощак или за 1 ч до еды в один прием или дробно. Выпускают в капсулах по

0,15 г. Оказывает токсическое действие на печень и поджелудочную железу. Наиболее эффективен в сочетании с препаратами ГИНК.

Этамбутол (миамбутол, эбутол, тибутол) — хорошо растворим в воде. По активности близок к ГИНК, не имеет перекрестной устойчивости с другими препаратами, действует только на БК. Токсическое действие оказывает на печень и зрительный нерв; назначают под контролем окулиста и функциональных печеночных проб в суточной дозе 15—25 мг/кг, т. е. по 0,8—1,4 г, после еды. Выпускают в таблетках по 0,1 и 0,4 г.

Оба препарата показаны при хронических деструктивных процессах в сочетании с препаратами ГИНК.

Применение витаминов является обязательным в химиотерапии туберкулеза, так как и туберкулезная интоксикация, и длительный прием туберкулостатических препаратов вызывают нарушение их синтеза и обмена в организме больного. Наиболее резко страдает обмен витаминов группы В, аскорбиновой кислоты и витамина А. Поэтому при лечении препаратами ГИНК, этионамидом и другими целесообразно назначение витамина B_6 в дозе 0,025—0,05 г 2—3 раза в сутки внутрь или по 2—5 мл 5 % раствора в/м в виде повторных циклов по 1—$1^1/_2$ мес на протяжении всего курса лечения. Целесообразно назначение и других витаминов этой группы (B_2, B_1, B_{12}, PP, B_5, B_3) с учетом особенностей действия туберкулостатиков и переносимости их больными. Большие дозы аскорбиновой кислоты (до 100 мг/сут) целесообразны при симптомах сенсибилизации организма.

Для повышения сопротивляемости организма (у тяжелобольных, при сочетании туберкулеза с сахарным диабетом и т. п.) показано назначение витамина Е по 3—9 мг/сут и витамина А по 5—30 мг, особенно при плохой переносимости туберкулостатических средств.

Дополнительные методы лечения включают различные виды патогенетической терапии: гормональную, туберкулинотерапию, коллапсотерапию.

Из гормональных препаратов применение находят кортикостероиды, обладающие противовоспалительным и антиаллергическим свойством. Их назначают при острых формах туберкулеза — экссудативном плеврите, менингите, инфильтративном или милиарном туберкулезе, а также местно (в виде аэрозолей гидрокортизона) при туберкулезе бронхов, гортани и при выраженных аллергических симптомах непереносимости. Чаще применяют преднизолон в таблетках по 5—20 мг/сут в течение 1—2 мес под контролем АД и общего состояния больного.

Туберкулинотерапия показана при торпидном течении туберкулеза для стимуляции репаративных процессов, например при туберкулемах. Начальная доза определяется внутрикожным титром. Для терапии берут концентрацию, в 10 раз меньшую. Например, при титре № 8 лечение начинают с разведения № 9. Вводят туберкулин при лечении под кожу по 0,1—0,2 мл 2—3 раза в неделю. В зависимости от переносимости дозу постепенно увеличивают (до 1 мл). Заканчивают лечение разведением № 2 или № 1. Курс продолжается 1 $^1/_2$—$2^1/_2$ мес.

Искусственный пневмоторакс — введение воздуха в плевральную полость с лечебной целью; в настоящее время применяется редко. Терапевтический эффект обусловлен сложным рефлекторным механизмом действия, обеспечивающим состояние относительного функционального покоя в участке поражения, и изменением крово- и лимфообращения в коллабированном легком.

Показанием к применению искусственного пневмоторакса является сохранение стабильной полости распада и бацилловыделения при антибактериальной терапии, проводимой 3—4 мес, главным образом при инфильтративном, кавернозном и очаговом туберкулезе легких. Срочные показания — кровохарканье и легочное кровотечение. Лечение искусственным пневмотораксом проводят обязательно в сочетании с антибактериальной терапией в течение 10—12 мес.

Пневмоперитонеум — введение воздуха в брюшную полость; показан при двусторонних, преимущественно нижнедолевых, деструктивных процессах, т. е. чаще при диссеминированном и инфильтративном туберкулезе, при недостаточно эффективной антибактериальной терапии, а также при кровохарканье и легочном кровотечении.

Хирургические методы лечения. В настоящее время наиболее широко применяют частичную резекцию легкого в виде удаления 1—2 сегментов, доли (лобэктомия) и реже всего легкого (пульмонэктомия). Кроме резекции, применяют торакопластику, кавернотомию, дренирование каверны, пункции каверны и другие операции. Хирургическое лечение показано после предварительной (4—8 мес) антибактериальной терапии, после ликвидации острых воспалительных явлений и стабилизации процесса у больных с туберкулемой, кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. После операции необходимо продолжать туберкулостатическую терапию.

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР — организационно-методический центр борьбы с туберкулезом в районе обслуживания при совместном участии медицинских работников всей лечебно-профилактической сети. Основные функции диспансера: профилактика туберкулеза, своевременное выявление и учет больных туберкулезом, активное наблюдение за ними и лечение, трудоустройство и трудовая экспертиза больных, санитарно-просветительная работа среди населения.

Выявление туберкулеза осуществляется путем массовых систематических обследований населения. Взрослые контингенты обследуются методом флюорографии, в городах ежегодно, в сельской местности — каждые 2 года. Детям до 3 лет и всем туберкулиноотрицательным лицам в возрасте до 30 лет, т. е. подлежащим вакцинации и ревакцинации, ежегодно проводят тулеркулинодиагностику, позволяющую выявлять момент виража и самые ранние, «долокальные» формы первичного туберкулеза. Лица, находящиеся в контакте

с туберкулезными больными (сотрудники родильных домов, дошкольных учреждений, предприятий общественного питания, пищевой промышленности, коммунальных предприятий, общественного транспорта и торговли), а также длительно или часто болеющие должны обследоваться чаще.

Для активного диспансерного наблюдения и учета больных туберкулезом контингенты диспансера регистрируются по определенной группировке, построенной по клиническому и эпидемическому принципам.

Группа I объединяет всех больных активным туберкулезом легких и делится на 2 подгруппы: а) больные, вновь выявленные и нуждающиеся в длительном комплексном лечении, и б) больные с хроническими деструктивными процессами. Отдельно выделяют в каждой подгруппе бацилловыделителей. Снимают больных с бациллярного учета через 2 года после прекращения бацилловыделения, подтвержденного троекратным исследованием методом посева. Больные этой группы в первую очередь пользуются стационарным и санаторным лечением и в соответствии с существующим законодательством обеспечиваются отдельной жилплощадью, постоянно патронируются на дому.

Группа II — больные с затихающим туберкулезом легких. Перевод из I группы во II производится при значительном клинико-рентгенологическом улучшении, т. е. исчезновении полости распада и прекращения бацилловыделения, не ранее чем через 1—2 года эффективной терапии. Больные II группы получают так называемые профилактические (противорецидивные) курсы антибактериальной терапии 2 раза в год (весной и осенью) или при неблагоприятных условиях (интеркуррентные заболевания, травмы, беременность) по 2 мес в течение 2—3 лет в зависимости от характера процесса.

Группа III (контрольная) — лица, клинически излеченные от туберкулеза или впервые выявленные с неактивными процессами. Длительность наблюдения по III группе определяется характером исходного процессса, выраженностью остаточных изменений в легких, сопутствующими заболеваниями.

Группа IV включает здоровых лиц, находящихся в семейном или квартирном контакте с бацилловыделителями. Наблюдение по IV группе проводится в течение 2 лет после прекращения контакта, взрослые обследуются 1 раз в полугодие, дети и подростки — ежеквартально.

Группа V — больные внелегочным туберкулезом: а) активным, б) затихающим и в) неактивным; лечатся и находятся под наблюдением специалистов: по костному туберкулезу, урогенитальному и др.

В VI группе наблюдаются дети и подростки до 17 лет, инфицированные туберкулезом.

VII группа — лица с повышенным риском рецидива и заболевания туберкулезом. 0 (нулевая группа) — лица с туберкулезом органов дыхания сомнительной активности.

Лечение больных туберкулезом в диспансере проводится в стационарных и амбулаторных условиях по общепринятым принципам. Для контроля на каждого больного заводят карту антибактериальной терапии. Препараты для приема внутрь выдают больным сразу на 7—10 дней, а инъекции производят в процедурном кабинете или на дому. Участковый врач и сестра должны знать сроки выписки больного из стационара или санатория (куда передается карта учета терапии) и не допускать перерыва в лечении и наблюдении за больным.

Одной из существенных задач является санитарно-просветительная работа среди населения, пропаганда санитарных знаний в диспансере, на участке, на производстве. Очень важно правильно проводить санитарно-профилактические мероприятия в эпидемиологическом очаге туберкулезной инфекции, т. е. в окружении бациллярного больного. Все впервые выявленные бацилловыделители подлежат госпитализации. Каждый очаг инфекции находится под тщательным контролем участкового врача-фтизиатра, медицинской сестры и эпидемиолога. В очаге должна проводиться текущая дезинфекция, если больной находится дома: обеззараживание мокроты, стерилизация посуды, дезинфекция белья, вещей, мебели, жилища. При заключительной дезинфекции (во время лечения больного в стационаре, санатории и т. п.), кроме этого, проводят орошение помещений 5 % раствором хлорамина, побелку, окраску.

Противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация проводится в СССР с 1925 г. БЦЖ — живая, ослабленной вирулентности вакцина. Иммунитет, приобретаемый организмом при вакцинации БЦЖ, постепенно ослабевает, в связи с чем необходимы повторные прививки — ревакцинация. Вакцинации подлежат все новорожденные, а ревакцинации — клинически здоровые туберкулиноотрицательные лица в возрасте до 30 лет: дошкольники, учащиеся средних и специальных школ, техникумов, вузов, допризывники, работники вредных производств, детских учреждений, общественного питания, пищевой промышленности, медицинские работники.

В настоящее время применяют внутрикожный метод вакцинации и ревакцинации. С 1953 г. применяют созданную в СССР сухую вакцину со сроком годности 9 мес. Это белый порошок, выпускается в ампулах, содержащих 20 прививочных доз по 0,05 мг. Разводят вакцину 2 мл ампулированного изотонического раствора хлорида натрия. Вакцину применяют после разведения в течение 2—3 ч при строгом соблюдении асептики.

Вакцину вводят на наружной поверхности верхней трети (ближе к средней!) левого плеча после обработки кожи 70 % спиртом строго внутрикожно, так, чтобы образовалась «лимонная корочка» — папула диаметром около 5—6 мм. Папула рассасывается через 10—15 мин. Через 4—6 нед на месте прививки развивается инфильтрат диаметром 5—8 мм с небольшим узелком в центре, иногда пустула с образованием корочки. Обратное развитие

инфильтрата происходит в течение 2—3 мес, а у некоторых детей затягивается до 4—7 мес, после чего остается рубчик или пигментация. Вакцинацию и наблюдение за вакцинированными проводит персонал общей лечебной сети (в родильных домах, детских садах, школах, поликлиниках, на фельдшерско-акушерских пунктах и т. д.). Изменение местной реакции регистрируют ежемесячно.

Поствакцинальную аллергию исследуют ежегодно; она сохраняется в течение 5—7 лет, поэтому повторные прививки необходимо проводить строго индивидуально сразу после установления отрицательной реакции Манту с 2 ТЕ.

Противопоказаниями к внутрикожной вакцинации новорожденных являются: родовая травма, повышение температуры выше 37,5 °С, диспепсия, заболевания кожи, желтуха, острые респираторные заболевания, пневмония, недоношенность при плохом состоянии ребенка и масса тела менее 2 кг. При ревакцинации детей раннего возраста к противопоказаниям относят диспепсию, гипотрофию II и III степени, спазмофилию, экссудативный диатез, эпилепсию; у детей старшей возрастной группы — кожные заболевания, острые и хронические инфекции (и в течение 2 мес после них); аллергические заболевания.

Все другие профилактические прививки (кроме полиомиелита, бешенства и натуральной оспы по эпидемиологическим показаниям) можно проводить не позднее чем за 2 мес до и через 2—3 мес после вакцинации БЦЖ. В отдельных случаях, при наличии противопоказаний к внутрикожной вакцинации, прививки могут проводиться энтерально или накожно.

Химиопрофилактику туберкулеза проводят у лиц, подвергающихся опасности заболевания. Различают первичную и вторичную химиопрофилактику. Первичную — проводят туберкулиноотрицательным лицам (детям, подросткам), находящимся в тесном контакте с бацилловыделителем; вторичную — инфицированным, т. е. «виражным», не имеющим клинических и рентгенологических симптомов заболевания. Длительность курса 2—3 мес, инфицированные, находящиеся в контакте с бацилловыделителем, должны получать химиопрофилактический курс 2 раза в год, весной и осенью. Назначается обычно фтивазид (или изониазид) взрослым 1 г/сут, детям по 0,02 г/кг массы тела ежедневно.

Химиопрофилактику или противорецидивное лечение назначают лицам, перенесшим туберкулез и имеющим остаточные изменения. В зависимости от характера исходного процесса и выраженности остаточных изменений длительность курса составляет $1^1/_2$—3 мес, проводят лечение 2 раза в год в течение 2—3 лет. В таких случаях, кроме препаратов ГИНК, могут использоваться и другие с учетом ранее проведенной терапии, ее эффективности и переносимости. Обычно суточную дозу назначают в один прием.

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ РАБОТА НА ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОМ СЕЛЬСКОМ ПУНКТЕ осуществляется фельдшером под руководством районного (областного) диспансера. Она включает все санитарно-профилактические и лечебные мероприятия. Фельдшер и патронажная сестра ведут строгий учет всех больных и перенесших туберкулез, проводят систематическое наблюдение, лечение и химиопрофилактику по рекомендации диспансера и под его наблюдением. На каждого больного заводят амбулаторную карту, карту учета антибактериальной терапии и карточку соответственно диспансерной группировке. Под строгим наблюдением находятся все члены семьи и соседи, имеющие контакт с бацилловыделителями. В очаге проводят систематическую дезинфекцию. Все туберкулиноотрицательные лица из очага подлежат вакцинации и изоляции на время формирования иммунитета (6—8 нед). Инфицированным проводят химиопрофилактику.

В районе обслуживания фельдшер организует все мероприятия по раннему выявлению туберкулеза и отбору контингентов, подлежащих прививкам БЦЖ, соответственно действующей в настоящее время инструкции. Для выявления туберкулеза (и других заболеваний органов грудной клетки) проводят флюорографию всего взрослого населения и детей с 12 лет, положительно реагирующих на туберкулин. В первую очередь подлежат обследованию: 1) сотрудники и дети яслей, детских садов, начальных школ, родильных домов; 2) учащиеся и педагоги средних школ, ПТУ, техникумов, студенты вузов; 3) допризывники; 4) лица, связанные с профессиональными вредностями; 5) работники предприятий сферы коммунального обслуживания, транспорта, торговли и пищевых предприятий. Под особым наблюдением и систематическим флюорографическим контролем должны находиться лица, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями — сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми болезнями, аллергическими заболеваниями и заболеваниями, требующими длительной гормональной терапии и т. п. (ревматизм, системная красная волчанка). Обязательно должны подвергаться флюорографическому обследованию лица, впервые обращающиеся к врачу, особенно часто и длительно болеющие респираторными заболеваниями.

Туберкулинодиагностике с целью выявления контингентов инфицированных (и подлежащих химиопрофилактике) и неинфицированных (т. е. подлежащих прививкам БЦЖ) подвергаются дети и взрослые до 30 лет ежегодно. Детям до 3 лет проводят накожную пробу Пирке со 100 % туберкулином, детям с 12 лет и взрослым — внутрикожную пробу с 2 ТЕ.

Фельдшер организует и проводит санитарно-просветительную работу на участке.

Глава 4

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

АСЕПТИКА — профилактическое уничтожение бактерий и предупреждение их внедрения в рану при помощи физических способов. Основное правило асептики заключается в том, чтобы все, что соприкасается с раной было стерильно, надежно обеззаражено, свободно от жизнеспособных бактерий. Микробы могут попадать в рану двумя путями: экзогенным и эндогенным.

Экзогенные источники: а) воздух; б) капли жидкости, попадающие в рану; в) предметы, соприкасающиеся с раной; г) предметы, оставленные в ране намеренно (швы, дренажи) или ненамеренно (частицы металла от инструмента, нитки марли, забытые тампоны и др.). Сюда же относятся технические ошибки (неправильная подача стерильных предметов). Соответственно говорят о воздушной, капельной и контактной инфекции. Эндогенные источники инфекции — микробы, находящиеся в организме больного и приобретшие патогенные свойства. В результате снижения защитных сил организма они могут вызывать в послеоперационном периоде пневмонию, паротит и т. д.

Устройство операционных, перевязочных комнат и правила поведения в них, подготовка, сохранение чистоты во время операций и уборка после операций являются основным методом профилактики воздушной и капельной инфекций. Основные асептические мероприятия должны быть направлены на борьбу с комнатной инфекцией.

Во время операции запрещаются разговоры, при которых, как и при кашле, отлетают мельчайшие брызги, содержащие бактерии, инфицирующие рану. Оперирующие и присутствующие на операции должны одевать маски, закрывающие нос и рот. В операционной должны быть устранены всякие перемещения аппаратуры и людей, ведущие к возникновению воздушной и «капельной» инфекции.

Все, что соприкасается с раной, подлежит стерилизации или приведению в асептическое состояние (руки хирурга, перевязочный и шовный материал, операционное белье, металлические инструменты, стеклянные изделия, резиновые дренажи, оптические инструменты). Однако не все инструменты одинаково выдерживают стерилизацию. Металлические инструменты, перевязочные материалы, белье могут быть надежно простерилизованы без ущерба их качества. Особенно тщательно стерилизуют материал для швов, так как самые незначительные упущения в стерилизации могут привести к тяжелым осложнениям (швы, остающиеся в организме, могут служить источником инфекции).

При обработке рук хирурга и кожи операционного поля больного перед операцией применяют химические и физико-химические способы обеззараживания (асептический способ).

Для соблюдения асептики в операционной большое значение имеет устройство и распорядок работы в ней. В операционной должен быть свежий воздух (желательно, чтобы была установка для кондиционирования). Для борьбы с пылью устанавливают специальную вентиляцию. Работающие и присутствующие в операционной надевают специальные калоши из антистатической резины, а также специальную одежду, обычно полотняную, легко моющуюся. Уборку операционной следует производить ежедневно после окончания операций. Она состоит в тщательном мытье стен с мылом. Иногда промывают все стены и потолок струей воды через резиновый шланг. После мытья, для проветривания, открывают окна на 2—3 ч (если окна операционной не выходят на магистраль с интенсивным движением). Особенно тщательно нужно мыть полы — не только горячей водой, но и раствором дихлорида ртути (сулема 1:1000), а также столы и другие предметы. При больших хирургических операционных имеются специальные комнаты — стерилизационные, в которых установлены автоклавы для стерилизации белья, перевязочных материалов. В этой же комнате производят заготовку тампонов, салфеток, шариков и т. д.

Подготовка рук хирурга. Кожа рук содержит много микробов не только на поверхности, но и в порах, многочисленных складках, в волосяных мешочках, потовых и сальных железах. Особенно много бактерий под ногтями. Уход за руками состоит прежде всего в бережном отношении к ним. Хирурги, прикасаясь к инфицированным ранам, инструментам и т. д., должны надевать перчатки. Хирургу необходимо избегать царапин, трещин, нередко воспаляющихся, чаще мыть руки и на ночь смазывать их каким-либо жиром (ланолин, глицерин, вазелин). Перед операцией хирург

снимает верхнее платье, надевает клеенчатый фартук и специальное белье, тщательно осматривая свои руки. При наличии гнойничков, воспалительных ран, экземы оперировать нельзя.

Перед мытьем рук необходимо очистить ногти от грязи ногтечисткой, коротко и ровно постричь их и удалить заусеницы. Руки моют в особых умывальниках, в которых кран открывается и закрывается локтем, или в эмалированных тазах. В последнем случае воду меняют не менее 2 раз. Щетки, простерилизованные кипячением, хранятся в металлической посуде или стеклянных банках. Мыть руки следует щеткой методично и последовательно. Сначала моют кисти и нижнюю часть предплечья, особенно пальцы на тех участках, где имеется большое скопление бактерий (около ногтей и в межпальцевых промежутках). Затем руки насухо вытирают стерильным полотенцем, начиная с пальцев, переходя затем на область лучезапястных суставов и предплечье, а не наоборот.

Все методы обработки рук хирурга перед операцией делятся на две группы: 1) механическая очистка кожи с последующим воздействием на нее антисептических средств или дублением; 2) группа методов, основанная только на дублении (растворы танина, йода), для уплотнения поверхностных слоев кожи и закрытия всех имеющихся в коже пор.

Наиболее распространенным методом стерилизации рук является способ Спасокукоцкого—Кочергина. Метод основан на действии щелочей, растворяющих жиры и вместе с ними удаляющих микробы. Руки моют в теплом 0,5 % растворе нашатырного спирта 2 раз по 3 мин. Если руки моют в тазах, то раствор нужно менять. Раствор готовят перед употреблением. В стерильный таз наливают дистиллированную воду и из мензурки добавляют нашатырный спирт в количестве, необходимом для получения 0,5 % раствора. Руки все время должны быть погружены в жидкость, каждую часть руки обрабатывают последовательно со всех сторон при помощи марлевой салфетки. После мытья руки досуха вытирают стерильным полотенцем и в течение 5 мин обмывают 96 % этиловым спиртом. Этот способ длительное время признавался одним из лучших. Многие хирурги и сейчас им пользуются. Кожа рук сохраняет свои свойства, остается эластичной. Способ Фюрбрингера. Руки моют щеткой в горячей воде с мылом в течение 10 мин. Затем вытирают стерильным полотенцем, обрабатывают 70 % этиловым спиртом в течение 3 мин и 3 мин раствором дихлорида ртути (сулема) 1:1000. В заключение концы пальцев смазывают йодной настойкой.

К группе методов, основанных на дублении, относятся метод Заблудовского и метод Бруна — 10-минутное мытье рук 96 % этиловым спиртом. Он может быть использован в случаях, когда нет воды или надо быстро подготовить руки.

В последние годы в ряде клиник получил широкое распространение метод мытья рук раствором диоцида 1:5000 (диоцид состоит из 1 части этанолмеркурихлорида, 2 частей цетилпиридиний-хлорида). В этом растворе при температуре воды 20—30 °С руки моют в течение 2—3 мин, затем насухо вытирают стерильным полотенцем, обрабатывают 70 % раствором этилового спирта. Как показали результаты, этот способ очень прост и надежен.

Ни один метод стерилизации рук не обеспечивает асептичности, достаточной для выполнения операции, поэтому хирурги, помощники и операционные сестры после обработки рук перед операцией надевают простерилизованные резиновые перчатки. Перед работой руки в перчатках тщательно протирают стерильной салфеткой, смоченной в 96 % этиловом спирте. При смене перчаток во время операции руки также протирают спиртом.

Подготовка операционного поля. Накануне операции больному необходимо принять гигиеническую ванну или душ. Перед операцией кожу вокруг раны или область операционного поля бреют (лучше сухим методом), после чего кожу протирают чистым спиртом. Из способов подготовки операционного поля непосредственно перед операцией многие хирурги применяют способ, модифицированный Филончиковым. Он состоит в двукратном смазывании операционного поля 10 % йодной настойкой. Для предупреждения ожогов у детей на местах с нежной кожей применяют 5 % настойку йода или 1 % раствор бриллиантового зеленого. После обработки операционного поля область операции отгораживают стерильными простынями и полотенцами, которые скрепляют между собой клеммами, или прикрепляют к коже больного при помощи цапок.

Стерилизацию перчаток обычно производят в автоклаве, для чего перчатки проверяют, тщательно пересыпают тальком изнутри и снаружи, обертывают марлевой салфеткой. Можно стерилизовать перчатки в сухожаровой камере или кипячением.

Хирургический инструментарий тщательно моют в проточной воде и насухо вытирают. Затем его закладывают на 30 мин в подогретый до 50 °С раствор «Новости», куда добавлено несколько таблеток пергидроля. Можно для этого использовать какой-либо другой порошок (детергент). После этого вновь моют в проточной воде и насухо вытирают. Только после такой обработки кипятят в дистиллированной воде в течение 30 мин или стерилизуют в сухожаровой камере. После гнойных операций инструменты в растворе детергента следует выдерживать 1 ч 30 мин, а кипятить дробно в течение 2 ч. Режущие инструменты не кипятят, а погружают на 2 ч в 96 % этиловый спирт.

Наборы инструментов, подготовленные для экстренной операции, могут быть простерилизованы в автоклаве при 1,5 ат (147,1 кПа) в течение 40 мин.

Шприцы стерилизуют в разобранном виде, опускают в холодную или слегка теплую дистиллированную воду без добавления соды (гидрокарбонат натрия) и кипятят 15—20 мин.

Мочеточниковые катетеры и инструменты с оптической системой стерилизуют или в парах формалина в течение 48 ч (на дно плотно

закрытого сосуда или специального стерилизатора кладут таблетки формальдегида или наливают 25—30 мл чистого формалина), или путем обмывания в растворе ртути оксицианида (оксицианистой ртути) 1:1000.

Предварительно вымытые щетки погружают на 2—3 ч в дезинфицирующий раствор и только после этого их стерилизуют кипячением.

Материал для швов. Для сшивания рассеченных тканей применяют нити из различных материалов.

Ш е л к. Крученые или плетеные шелковые нити не раздражают ткани и не вызывают никаких осложнений в процессе заживления операционной раны. Но они могут содержать гноеродные микробы и их необходимо тщательно обеззараживать. Применяют различные способы стерилизации шелка. Можно пользоваться любым способом, но необходимо помнить, что одной стерилизации шелка при помощи высокой температуры (кипячением или автоклавированием) недостаточно, помимо этого, необходимо обработать его теми или иными антисептическими средствами.

Широкое распространение получил способ стерилизации, предложенный Кохером. Фабричные мотки шелка разматывают и разрезают на отдельные нити длиной 1—1,5 м. Затем их помещают на 12 ч в эфир, а после этого еще на 12 ч в химически чистый этиловый спирт. Обезжиренные таким образом шелковые нити кипятят 5 мин в растворе ртути дихлорида (сулема) 1:1000. Затем руками (лучше в стерильных резиновых перчатках), подготовленными как для операции, наматывают рыхлым слоем на стерильные стеклянные катушки или предметные стекла. Катушки с шелком помещают в стерильную стеклянную банку с притертой пробкой и заливают химически чистым этиловым спиртом с таким расчетом, чтобы верхний слой спирта был выше лежащих на дне банки катушек на 3—4 см. Перед операцией нужное количество катушек вынимают стерильным корнцангом и кипятят 5 мин в растворе ртути дихлорида (сулема) 1:1000.

К е т г у т. Кетгутовые нити изготавливают из серозной и мышечной оболочек кишечника овец. Производство его сложное. Учитывая большую загрязненность, стерилизовать его надо с особой тщательностью. Кетгут не переносит кипячения и стерилизации. Его приходится обрабатывать различными химическими веществами. Простой и надежный способ его приготовления заключается в обработке раствором Люголя. Кетгутовые нити разрезают на отдельные куски длиною 1—1,5 м, свертывают в моточек и заливают эфиром на 12—24 ч. Затем, слив эфир, заливают на 8—10 сут раствором Люголя (1 часть йода, 2 части калия йодида, 17 частей дистиллированной воды). Через 8—10 сут раствор сливают и заменяют таким же количеством свежего раствора Люголя, в котором хранят кетгут до употребления. И шелк, и кетгут подвергают обязательному бактериологическому контролю. Посев берут из каждой банки от разных нитей. Допускается к использованию только материал, в котором не обнаружено роста бактерий.

К а п р о н и д р у г и е с и н т е т и ч е с к и е м а т е р и а л ы отличаются большой прочностью. Обрабатывают их различно в зависимости от характера материала. М е т а л л и ч е с к и е н и т и применяют для костного шва. Изготавливают их из серебра, нержавеющей стали, титана и других сплавов, не поддающихся коррозии, стерилизуют кипячением или в автоклаве.

Автоклав — аппарат для стерилизации паром под давлением. При обычном атмосферном давлении вода закипает при температуре 100 °С. При повышении давления на 1 ат (98,0665 кПа) сверх обычного кипячение и парообразование начинается, когда температура достигает 120—120,5 °С. Пар, образующийся при этих условиях, убивает микробов в течение 30 мин. Пар при давлении, превышающем обычное на 2 ат (196,133 кПа), имеет температуру 134 °С и убивает микробов в течение 15—20 мин.

В соответствии с этим разработано и введено в практику много аппаратов для стерилизации паром под давлением.

В настоящее время существует много различных моделей больших и малых автоклавов. Персонал, ведающий стерилизацией, должен хорошо знать устройство того автоклава, который имеется в отделении. Но особенно важно, чтобы все лица, принимающие участие в стерилизации, были строго дисциплинированными. Никогда и ни при каких обстоятельствах не должны они допускать каких-либо отклонений от инструкции к автоклаву.

Принято считать, что при давлении, превышающем обычное атмосферное давление на 2 ат (196,133 кПа), стерилизацию следует производить не менее 30 мин. Если автоклав находится в полной исправности, то достаточно внимательно следить за показаниями манометра и строго соблюдать время, назначенное для стерилизации. Но в жизни всегда возможны различные случайные ошибки. Поэтому принято производить постоянный контроль за стерилизацией, основываясь не только на показаниях манометра, но и на данных различных проб. Широкое распространение получила проба Микулича. На полоске бумаги пишут слово «стерилизовано». Затем бумагу покрывают густым слоем 3 % раствора крахмального клейстера. Когда бумага наполовину подсохнет, ее проводят через раствор Люголя. Бумага приобретает темно-синий цвет и слово «стерилизовано» перестает быть видимым. Полоски бумаги высушивают и после этого закладывают в различных местах бикса среди стерилизуемого материала. Под влиянием пара, имеющего температуру несколько выше 100 °С, темно-синий цвет бумаги исчезает и слово «стерилизовано» вновь становится видимым.

Проста и удобна другая проба. Среди материала помещают в стеклянных пробирках или в небольших флаконах вещества, которые плавятся при температуре несколько выше 100 °С. Если после стерилизации окажется, что это вещество сплавилось — это значит, что температура в автоклаве была выше 100 °С. Чаще всего пользуются для этой цели порошком

серы, антипирином. Сера плавится при температуре 126 °С, антипирин — при 110 °С.

Антисептика — способ, предупреждающий заражение ран путем химического обеззараживания их, соприкасающихся с ними тканей и полостей от возбудителей инфекции. Такое понимание антисептики отражает отличие ее от асептики. Строго разграничивать способы борьбы с инфекцией ран нельзя, так как они дополняют друг друга и применяются в самых различных сочетаниях. В настоящее время по профилактике и лечению ран имеется комплекс мероприятий, составляющих единое целое. В комплексе профилактических и лечебных мероприятий объединены механическая, химическая, биологическая и профилактическая антисептика.

Механическая антисептика играет определенную роль в профилактике раневой инфекции. При всякой ране следует производить бритье кожи вокруг раны, удаление пинцетом всех видимых инородных тел. Важно не допускать инфекцию в рану, для чего необходимо привести окружность ее в такое состояние, чтобы возможность попадания инфекции была максимально уменьшена.

Мысль о необходимости удаления микробов из раны возникла у хирургов давно. Так, еще Фридрих предложил иссекать края и дно раны с целью удаления имеющейся в ней инфекции. Метод иссечения раны в настоящее время является наиболее биологически обоснованным и дает прекрасные результаты, если его проводить методически, строго выполняя правила асептики и учитывая сроки, прошедшие с момента травмы до поступления больного (6—12 ч) (см. *Раны*).

Физическая антисептика — один из важных методов лечения ран. Открытый метод лечения ран, подсушивающие порошки, высушивание при помощи ламп, тампоны, всасывающие отделяемое, гигроскопическая марлевая повязка, дренирование — все они основаны на физических законах. Гипертонические растворы поваренной соли (хлорид натрия) оказывают антисептическое действие, основанное на законах осмоса, диффузии жидкости (направление тока из раны во всасывающую повязку).

Химическая антисептика применяется при обработке кожи вокруг ран бензином, этиловым спиртом, эфиром, настойкой йода, диоцидом, бриллиантовым зеленым. С помощью химической антисептики подготавливают руки к операции, и наконец, при лечении ран и гнойных процессов. Такое же распространение имеют антисептические средства, входящие в состав мазей, порошков, эмульсий и паст. Одно время широко применялись сульфаниламидные препараты (см. *Сульфаниламидные препараты*). Еще более широкое распространение как лечебное и профилактическое средство получили антибиотики (см. *Антибиотики*).

Биологическая антисептика включает в себя препараты так называемого специфического действия (сыворотки, вакцины).

Профилактическая антисептика направлена не только на ликвидацию имеющейся инфекции, но и на то, чтобы не допустить ее развития. Введение при ранениях противостолбнячной сыворотки, особенно активная иммунизация, является ярким примером успешного применения профилактических методов борьбы с инфекцией. К этой же группе относится противогангренозная сыворотка.

Антисептические средства. Химические антисептические средства.

Анилиновые красители (бриллиантовый зеленый и метиленовый синий) применяются в виде 1—3 % растворов для обработки небольших ран.

Борная кислота — в виде 2—3 % растворов или в виде порошка на раны, зараженные синегнойной палочкой.

Диоцид — антибактериальное и моющее средство. Используется для обработки рук (1:5000), стерилизации инструментов и перчаток (1:1000).

Дихлорид ртути (сулема) — для дезинфекции предметов ухода, резиновых перчаток, стеклянных почкообразных лотков в растворе 1:1000.

Йод — применяется в виде 5—10 % настойки для обработки рук хирурга, операционного поля. В кристаллах йод применяют для стерилизации кетгута по способу Ситковского.

Йодоформ применяли в виде порошка, масляных эмульсий при лечении туберкулезных свищей, натечных абсцессов и т. д.

Йодинол применяется в виде 1 % водного раствора для промываний.

Ихтиол применяется в виде мазей при воспалительных инфильтратах, в свечах при геморрое и гнойных процессах в нижнем отделе прямой кишки.

Фенол (карболовая кислота) используют для дезинфекции предметов ухода, стерилизации резиновых дренажей, резиновых перчаток, инструментов и т. д. (2—3 % раствор).

Лизол (раствор крезола в калийном мыле) — применяются растворы при зловонных язвах и некрозах, для местных ванн, обеззараживания выделений, предметов и вещей.

Калия перманганат (марганцовокислый калий) — 5—10 % растворы при лечении гнойных ран, слабые растворы (0,25—1 %) — для полоскания полости рта, промывания мочевого пузыря, для влагалищных спринцеваний и орошений.

Линимент бальзамический по А. В. Вишневскому (мазь Вишневского) состоит из 3 частей ксероформа, 3 частей дегтя, 94 частей касторового масла. Употребляется при лечении различных ран, особенно с вялыми грануляциями.

Новосепт — в виде 3 % раствора для мытья рук и обработки операционного поля.

Перекись водорода — для механической и химической очистки ран от гноя, аэрации ран при газовой инфекции. Пергидроль — концентрированный раствор перекиси водорода.

Винилин (бальзам Шостаковского) применяют при лечении вялозаживающих ран, при вялых, кровоточащих грануляциях, при гнойных язвах.

Салициловая кислота используется в виде присыпок при гангренозных язвах и карбункулах.

Спирт этиловый (чаще 70 % или 96 %) — для стерилизации шелка, режущих инструментов, для обработки рук.

Этакридина лактат (риванол) — для лечения ран и промываний в разведении 1:1000—1:5000.

Формалин — для дезинфекции резиновых перчаток, катетеров, предметов хирургического обихода (1—5 % раствор).

Фурацилин применяют в виде водных и спиртовых растворов, а также в виде мази при лечении гнойных ран.

Хлорамин применяют в виде 1—2 % раствора, особенно при лечении ран, зараженных анаэробными микробами.

Оксицианид ртути — в растворах 1:5000—1:10 000 для промывания мочевого пузыря; в растворах 1:1000 — для стерилизации оптических приборов (цистоскоп).

Сульфаниламидные препараты — при лечении и для профилактики раневой инфекции внутрь по 1 г по общепринятой схеме не менее 5—7 дней, внутривенно по 20 мл 5—10 % раствора 1—3 раза в день, а также в виде порошка для припудривания ран. В настоящее время применяются сульфаниламиды пролонгированного действия, их назначают 1—2 раза в день.

Антибиотики — вещества, вырабатываемые микробами и плесневыми грибами. Обладают способностью подавлять рост других микробов. Назначают строго по схеме с учетом чувствительности микрофлоры к тому или иному виду антибиотика.

Антисептический материал. При операциях в тех областях, где всегда имеется много гноеродных микробов, и при лечении ран с большим гнойным отделяемым применяются тампоны из марли, пропитанной антисептическими веществами. В настоящее время все большее распространение получают коллагеновые пленки и губки, пропитанные антибиотиками и анисептиками.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

больных, которым показана операция, заключается в комплексе мероприятий. Они в отдельных случаях сводятся до минимума (при экстренных и неотложных операциях), и наоборот, при плановых операциях должны быть проведены более тщательно.

При экстренных операциях по поводу острого аппендицита, ущемленной грыжи, непроникающих ранений мягких тканей достаточно инъекции раствора морфина или промедола, бритья операционного поля и освобождения желудка от содержимого. У больных с тяжелыми травмами необходимо сразу же начинать противошоковые мероприятия (обезболивание, блокады, переливание крови и противошоковых жидкостей). Перед операцией по поводу перитонита, кишечной непроходимости следует проводить экстренные меры по борьбе с обезвоживанием, дезинтоксикационную терапию, коррекцию солевого и электролитного баланса. Эти мероприятия должны начинаться с момента поступления и не быть причиной задержки операции.

При подготовке больного к плановой операции должен быть уточнен диагноз, выявлены сопутствующие заболевания, могущие осложнить, а иногда и сделать невозможной операцию. Необходимо установить все очаги эндогенной инфекции и по возможности санировать их. В предоперационном периоде обследуют функцию легких и сердца, особенно у пожилых больных. Ослабленным больным необходимы предоперационное переливание белковых препаратов и крови, а также борьба с обезвоживанием. Не меньшее внимание должно быть уделено подготовке нервной системы больного перед операцией.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

включает в себя ликвидацию общих и местных расстройств, вызванных заболеванием и операционной травмой, период заживления раны и развития адаптационных и компенсаторных механизмов. При неосложненном послеоперационном периоде восстановление жизненно важных функций организма происходит довольно быстро, и мероприятия сводятся в основном к ликвидации и профилактике воспалительных процессов (если они имеются), к профилактике легочных осложнений (дыхательная гимнастика, банки), к контролю за мочеиспусканием и дефекацией (борьба с парезом кишечника и задержкой мочеиспускания), к гигиеническим процедурам. Профилактикой многих осложнений является активное ведение больного и раннее вставание. Контроль за состоянием раны осуществляют при перевязках. Швы снимаются на 7—9-й день.

В зависимости от характера заболевания, по поводу которого больной был оперирован, в каждом отдельном случае назначается строго индивидуальная диета. Нарушение послеоперационной диеты может вызвать тяжелые осложнения. Поэтому средний и младший медицинский персонал должен внимательно следить за состоянием больного после операции и за соблюдением установленной послеоперационной диеты. В послеоперационном периоде наблюдается значительное обезвоживание организма. Больной теряет много жидкости при кровотечении во время операции, высыхании тканей, потении, рвоте в ближайшем послеоперационном периоде. Поэтому у оперированных обычно развивается сильная, иногда мучительная жажда. Для утоления ее и устранения явлений обезвоживания после операции, произведенной под местной анестезией на поверхностно расположенных органах и тканях, оперированному разрешается пить простую или минеральную воду, чай, клюквенный морс и другие соки без особого ограничения.

После операций под общим обезболиванием и на внутренних органах обильное питье может вызвать неблагоприятные последствия и осложнения. После подобных операций (в первые часы после них) приходится ограничивать больных в приеме жидкости. Разрешается только обтирание языка и губ, полоскание полости рта, а жидкость вводят парентерально, при помощи подкожных или капельных внутривенных вливаний изотонического раствора, хлорида натрия, раствора глюкозы, плазмозаменителей до 2 л в сутки.

Питание после операции под местной анестезией может быть начато, если это позво-

ляет произведенное вмешательство, с 1-го дня операции. После операции не на органах брюшной полости может быть назначена легкая диета, содержащая витамины и вещества, стимулирующие секрецию пищеварительных желез, белки и главным образом углеводы. На 2—3-й день больного переводят на обычное питание — стол № 2 по Певзнеру. После лапаротомии — ограниченное питание: бульон, суп с сухарями, кисель, печенье, яблоки, каша, яйца всмятку (стол № 1). После операции на желудке и кишечнике на 3-й день больному дают только жидкую пищу (бульон, разболтанное с водой или молоком яйцо, жидкий кисель) и затем постепенно разрешают принимать пищу в кашицеобразном виде (яйца всмятку, манную кашу на воде, картофельное пюре, сливочное масло, мороженое и т. п.). Только на 8-й день переходят на обычную диету. После операций на толстом кишечнике больному назначают диету, не содержащую клетчатку, которая не дает большого количества шлаков. В ряде случаев приходится прибегать к парентеральному питанию (в/в кровезаменители, денатурированные белки, другие питательные растворы).

Послеоперационные осложнения могут быть связаны как с обезболиванием (см. *Осложнения после общего обезболивания), так и с самой операцией, и с реакцией организма на операцию.* Наиболее грозными осложнениями являются коллапс, шок, кровотечение, тромбоз и эмболия, отек легких, сердечно-сосудистая недостаточность.

Шок и коллапс развиваются непосредственно после операции под влиянием потока болевых импульсов. При этом наблюдаются побледнение кожи, цианоз, частый пульс (до 140 в минуту), падение АД. Кровотечение утяжеляет коллапс и шок.

Тромбоз отдельных вен (часто нижних конечностей) развивается на 2—4-е сутки. Отрыв тромба может привести к эмболии легочных артерий. Эмболия крупных ветвей часто заканчивается смертью.

Отек легких может возникнуть при закупорке слизью дыхательных путей, при вливании чрезмерно больших количеств жидкостей, при резком падении АД и при острой левожелудочковой недостаточности. При отеке легких отмечаются резкая одышка, клокочущее дыхание, обильные влажные хрипы в легких и пенистая слизь в трахеобронхиальном дереве, резкий цианоз.

Сердечно-сосудистая недостаточность развивается после больших травматичных операций у больных с имевшимися до операции изменениями в сердечно-сосудистой системе.

Из осложнений более позднего периода (4—8-й день) могут наблюдаться послеоперационные пневмония, осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (мучительная икота, рвота, отрыжка, поносы, метеоризм, запоры), задержка мочеотделения и т. д. Необходимо помнить, что больной в послеоперационном периоде подлежит самому тщательному динамическому наблюдению.

АБСЦЕСС (ГНОЙНИК, НАРЫВ). Абсцессом называется скопление гноя в тканях или органах, которое отграничено от здоровых участков ткани или органов грануляционным валом или пиогенной соединительной оболочкой.

Симптомы, течение. В начальной стадии под влиянием воспалительного процесса, вызванного жизнедеятельностью гноеродных бактерий: стафилококков, стрептококков, кишечной палочки и т. д., возникает инфильтрация, затем некроз и гнойное расплавление ткани в очаге поражения — формируется полость, наполненная гноем.

Симптомы и течение довольно разнообразны в зависимости от характера инфекции, вызвавшей образование абсцессов, особенности ткани, местоположения его и общего состояния больного. Типичными признаками поверхностно расположенного абсцесса являются боль, резко усиливающаяся при прикосновении и давлении, припухлость и напряжение ткани, покраснение кожи, местное, а иногда и общее повышение температуры. Вначале образуется уплотнение (воспалительный инфильтрат), а в дальнейшем размягчение (флюктуация) в центральной части припухлости. Если микробы, вызвавшие возникновение абсцесса, обладают высокой вирулентностью, то могут наблюдаться общие явления: недомогание, головная боль, лихорадочное состояние с вечерним повышением температуры тела.

При глубоких абсцессах, а также при абсцессах, расположенных во внутренних органах (абсцесс печени, почки и др.), местных симптомов обнаружить не удается. Диагноз абсцесса в этих случаях можно поставить только на основании общей клинической картины заболевания и специальных исследований: изменение картины крови, рентгеноскопии, рентгенографии.

Лечение. При появлении первых клинических признаков поверхностно расположенного абсцесса необходимо прежде всего обеспечить полный покой пораженному участку тела. В самом начале заболевания (в стадии инфильтрации), когда имеются только гиперемия, местная боль и припухлость, следует применить холод, а затем, если боль не стихает и появляются другие местные симптомы (лимфангит), необходимо тепло (грелка), согревающие компрессы, физиотерапия (токи УВЧ). При высокой температуре и ярко выраженной картине показана антибиотикотерапия (пенициллин от 600 000 до 1 000 000 ЕД), сульфаниламиды по общепринятой схеме, жаропонижающие средства: ацетилсалициловая кислота (аспирин), амидопирин (пирамидон).

Если имеются признаки нагноения воспалительного инфильтрата, необходимо оперативное вмешательство — разрез с последующим лечением раны по общим правилам. В настоящее время некоторые врачи иногда опорожняют полость абсцесса от гноя при помощи пункции, затем промывают и заполняют ее тем или иным антибиотиком. Такая тактика лечения допустима только при небольших абсцессах.

Профилактика. Необходимо строго соблюдать правила личной гигиены и тщательно обрабатывать каждое, даже самое неболь-

шое повреждение кожных покровов: смазывать края раны йодной настойкой, накладывать на рану липкопластырную, коллоидную, клеоловую повязки.

Абсцесс аппендикулярный. В отдельных случаях острого аппендицита воспалительный процесс может переходить с червеобразного отростка на окружающие ткани (париетальная брюшина, сальник, слепая кишка). В этих случаях в правой подвздошной области образуется воспалительный инфильтрат с расположенным в центре червеобразным отростком, в котором развивается гнойное воспаление. При стихании воспаления (самостоятельно или под влиянием лечения) этот инфильтрат может постепенно рассосаться. Однако чаще он подвергается гнойному расплавлению, образуя аппендикулярный абсцесс. Расплавление инфильтрата идет от центра к периферии. Если этот процесс происходит постепенно, то в периферических участках инфильтрата образуется грануляционный вал, а вокруг него возникают спайки между прилегающими кишечными петлями, сальником и париетальной брюшиной, формируется полость, наполненная гноем, отграниченная от свободной брюшной полости.

Симптомы, течение. Через несколько дней после начала приступа боли в животе усиливаются, температура тела резко повышается и принимает интермиттирующий характер. При ощупывании правой подвздошной области больной испытывает резкую боль, в центре инфильтрата определяется более или менее ясно выраженное размягчение, общее состояние больного ухудшается, лейкоцитоз нарастает.

В редких случаях аппендикулярный абсцесс вскрывается в прилежащую кишечную петлю и наступает выздоровление. Обычно же, если не сделана операция, гной прорывается в свободную брюшную полость и развивается перитонит со смертельным исходом. Поэтому при малейшем подозрении на аппендикулярный абсцесс фельдшер обязан немедленно организовать транспортировку больного в ближайшее хирургическое отделение больницы или госпиталя. Перевозку больного следует производить в положении лежа, по возможности в нетряском транспорте. При невозможности срочной госпитализации больному необходимо обеспечить абсолютный постельный режим, холод на правую подвздошную область, голод. Вводят в/м антибиотики (пенициллин в дозе 200 000—800 000 ЕД, стрептомицин 0,5—1 г в сутки, сульфаниламидные препараты (внутрь по 1 г через 4 ч), лед на живот. От кормления воздержаться.

Одновременно необходимо тем или иным путем срочно известить ближайшую станцию санитарной авиации и сообщить ей о состоянии больного. *Абсолютно противопоказаны слабительные и наркотики!*

Профилактика. Надежным профилактическим мероприятием является ранняя диагностика острого аппендицита и срочное оперативное вмешательство.

Абсцесс легкого. См. главу «Внутренние болезни».

Абсцесс мозга развивается вследствие попадания в мозг гноеродных микробов из имеющегося у больного гнойного очага. Чаще всего источниками абсцесса являются воспаление среднего уха, фурункул верхней губы, воспаление лобных и верхнечелюстных пазух, открытые переломы и огнестрельные ранения черепа. Иногда инфекция переносится по кровеносным и лимфатическим сосудам из отдаленных гнойных очагов.

Симптомы, течение. Клиническая картина абсцессов мозга разнообразна. Она слагается из общемозговых симптомов и симптомов, зависящих от локализации абсцесса. Наиболее частыми симптомами абсцесса мозга являются головная боль, возбужденное состояние, или, наоборот, подавленное настроение, апатия, тошнота и рвота, появляющиеся независимо от приема пищи, замедление пульса, особенно во время приступа головной боли, повышенное давление спинномозговой жидкости. Температура тела часто субфебрильная, но иногда значительно повышается. При расположении гнойника в двигательной зоне головного мозга наблюдаются судороги, парезы и параличи соответствующих сегментов конечностей; при локализации в мозжечке — головокружения, нарушение координации движений; при расположении в височной доле — слуховые и зрительные галлюцинации, расстройство речи.

Лечение. Показаны трепанация черепа, вскрытие гнойника или полное удаление его вместе с капсулой. Иногда производят только пункцию абсцесса с последующей эвакуацией гноя и введением в полость антибиотиков. Больной с абсцессом мозга нуждается в очень внимательном уходе и постоянном наблюдении, особенно во время бреда. При возбуждении назначают наркотики. Больной должен находиться в абсолютном покое, со слегка приподнятой головой. На голову кладут пузырь со льдом. Следует внимательно следить за отправлениями кишечника и мочевого пузыря. При запорах назначают слабительные средства или клизмы, при задержке мочи опорожняют мочевой пузырь с помощью катетера, при недержании мочи и непроизвольной дефекации производят тщательный туалет тела.

Абсцесс печени. Первичный абсцесс печени встречается редко. Обычно же наблюдаются вторичные абсцессы вследствие переноса гноеродных микробов из воспалительных очагов, расположенных в других органах брюшной полости. Самой частой причиной абсцесса печени является дизентерия, затем (реже) острый гнойный аппендицит, воспаление желчного пузыря и холангит, брюшнотифозные язвы кишечника, септические и инфекционные заболевания.

Симптомы, течение многообразны. Клиническая картина отличается значительным полиморфизмом. Часто симптомы абсцесса стерты проявлениями основного заболевания, послужившего причиной возникновения абсцесса печени. В типичных случаях больные жалуются на боли в области печени, отдающие в правую лопатку и плечо, на тошноту, рвоту, неудобство при лежании на левом боку (обыч-

но они занимают положение на правом боку с приведенными к животу коленями), высокую температуру, озноб. При осмотре бросается в глаза своеобразный цвет кожи — землистый, со слегка желтоватым оттенком. При ощупывании и постукивании в области печени больные испытывают резкую болезненность. Печеночная тупость увеличена, верхняя граница ее стоит выше нормы, иногда имеет куполообразную форму. При рентгенографии — экскурсии диафрагмы справа ограничены, в плевральном синусе — выпот. В крови высокий лейкоцитоз. В диагностике абсцессов печени все большее значение приобретает сканирование печени, позволяющее определить расположение гнойника, что облегчает тактику хирурга при вскрытии его.

Лечение. Без своевременного оперативного вмешательства обычно наступает смерть больного. При абсцессах амебного происхождения эффективно лечение эметином.

Профилактика. Своевременное и правильное лечение заболеваний органов брюшной полости, которые часто могут быть причиной возникновения абсцесса печени.

Абсцесс поддиафрагмальный — скопление гноя в промежутке между верхней поверхностью печени и нижней поверхностью диафрагмы. Причиной поддиафрагмального абсцесса является распространение гноеродных микробов из воспалительных очагов, расположенных в органах верхнего отдела брюшной полости,— печени, желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря и желчных протоков. Иногда поддиафрагмальный абсцесс развивается и при других воспалительных заболеваниях (воспаление женских половых органов, аппендицит).

Симптомы, течение в одних случаях довольно типичны, а в других не ясны, стерты основным заболеванием. Жалобы больных нехарактерны и разнообразны. Одни больные предъявляют жалобы на боли, чувство тяжести и давления в правом подреберье, другие — на икоту, тошноту, рвоту, одышку. При осмотре больных часто обращает на себя внимание отставание дыхательных движений правой половины грудной клетки, сглаженность межреберных промежутков. При ощупывании и давлении определяется болезненность в области нижних ребер и межреберных промежутков, при перкуссии — увеличение печеночной тупости, высокое расположение ее верхней границы. При рентгенологическом исследовании обнаруживается высокое стояние диафрагмы справа, отсутствие или ограничение дыхательных экскурсий ее. Иногда видно скопление газа под диафрагмой, а в нижних участках плевральной полости — жидкости. Температура тела с резкими колебаниями, лейкоцитоз высокий (10 000—20 000 в 1 мкл). В принятых единицах СИ это равно $10 \cdot 10^9$—$20 \cdot 10^9$/л.

Лечение — оперативное, заключающееся во вскрытии абсцесса и дренировании поддиафрагмального пространства. Назначают антибиотики в больших дозах с учетом чувствительности высеянной микрофлоры к ним, сердечные средства.

Профилактика. Своевременное и адекватное лечение заболеваний органов брюшной полости, которые обычно служат источником инфекции.

АКТИНОМИКОЗ — хроническое воспаление, вызываемое лучистым грибом. Лучистый гриб растет в колосьях злаковых растений (ячмень, рожь, пшеница и т. д.). Заражение человека лучистым грибом происходит через растительную пищу, особенно часто вследствие дурной привычки жевать колосья злаковых растений. При внедрении лучистого гриба в ткани человека образуются маленькие воспалительные очаги, окруженные грануляционной тканью (инфекционная гранулема), в центре которых развиваются мелкие абсцессы, содержащие грибковые друзы. Под микроскопом видны скопления переплетающихся между собой нитей (мицелий гриба, окруженный венчиком, состоящим из расположенных по радиусам колбообразных и булавовидных образований). Мелкие актиномикотические абсцессы вскрываются и образуют свищи, а воспалительный процесс продолжает развиваться и распространяться дальше по окружности, вызывая распад и новых участков ткани. При прорыве гранулемы в кровеносный сосуд актиномикоз из очага поражения может распространяться гематогенным путем.

Симптомы, течение. При поверхностном расположении вызванного лучистым грибом инфильтрата небольшие свищи со скудным гнойным отделяемым, содержащим мелкие зернышки желтоватого цвета (друзы). Кожа вокруг свищей имеет синевато-багровый цвет, окружающая свищ ткань на ощупь дереванистой плотности. Актиномикоз головы, шеи и языка — наиболее частая локализация. Опорожнение гнойных полостей, произведенное хирургическим путем, не приводит к выздоровлению. Инфильтрат через некоторое время вновь увеличивается, образуются новые гнойники и свищи.

Клиническая картина актиномикоза внутренних органов очень разнообразна. Актиномикоз легких протекает вначале как хронический гнойный бронхит. Затем процесс переходит на легочную ткань и носит абсцедирующий характер. При дальнейшем распространении в процесс вовлекается грудная стенка с образованием гнойных свищей на коже грудной клетки. При актиномикозе слепой кишки развиваются узлы, похожие на гранулемы или рак.

Лечение. С давних пор для лечения актиномикоза применяли 5—10 % раствор йодистого калия по 1 столовой ложке 4 раза в день после еды в молоке и в виде повязок на область свищей. В настоящее время в комплексном лечении актиномикоза, особенно при поражении внутренних органов, применяют курсами по схеме актинолизаты, рентгенотерапию, сульфаниламиды (сульфадимезин), антибиотики (пенициллин, стрептомицин, ауреомицин, тетрациклин), фтивазид.

Свищи вскрывают и тщательно выскабливают. При перевязках применяют раствор Люголя. Там, где это возможно, производят иссечение инфильтрата.

АНАЭРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ. Газовая гангрена, газовая флегмона — тяжелое инфекционное осложнение раневого процесса, вызываемое микробами, размножающимися без доступа кислорода и имеющее своеобразное течение. Анаэробные микробы образуют споры и отличаются большой стойкостью. Не погибают при кипячении в воде в течение часа. Микробы встречаются в гниющих органических веществах, в земле (особенно часто в унавоженной почве), в кишечнике человека и животных. Развитию анаэробной инфекции в ране способствуют следующие условия: обширные повреждения мышц, загрязнение раны внедрившимися инородными телами (обрывки одежды), нарушения кровообращения в пораженном участке (ранение сосудов, наложенный жгут), иннервации, недостаточная иммобилизация конечности при транспортировке при открытых переломах.

Анаэробную инфекцию называют по-разному: «газовая гангрена», «анаэробная гангрена», «антонов огонь» и т. д. В мирное время — при случайных ранениях в быту и на производстве — газовая гангрена встречается редко. Газовая гангрена вызывается возбудителями: а) палочкой газовой гангрены; б) палочкой злокачественного отека; в) палочкой, растворяющей ткани; г) септическим вибрионом. Обычно эти микробы встречаются в различных ассоциациях. По опыту Великой Отечественной войны, в 80 % осложнений ран анаэробная инфекция была вызвана не одними анаэробами, а в комбинации с аэробами. При этом быстрое размножение аэробов приводит к разрушению ткани и созданию бескислородной среды, в которой уже развиваются анаэробы.

Симптомы, течение. В течении анаэробной газовой инфекции выделяют две фазы: 1) токсический отек; 2) газообразование и гангрена мышц и соединительной ткани. Токсины анаэробов и продукты распада приводят к тяжелой интоксикации, нарушая функции всех жизненно важных органов и систем. Токсины, действуя на ткани раны и стенки сосудов, делают их проницаемыми для плазмы и форменных элементов. Быстрое развитие отека и образование газов приводит к повышению внутритканевого давления, сдавлению лимфатических и кровеносных сосудов, нарушению кровообращения в тканях, результатом чего является их некроз. В мертвых тканях бурно размножаются анаэробы и процесс быстро прогрессирует. Гибель больного наступает в течение нескольких часов.

Лечение. Больных с газовой гангреной следует изолировать. Им должны быть отведены светлые, хорошо проветриваемые палаты и выделен опытный персонал. Успех лечения зависит от ранней диагностики и раннего комплексного лечения. Лечение в основном хирургическое. Производят широкие и глубокие «лампасные» разрезы с иссечением омертвевших тканей и мышц. После этого рану обрабатывают веществами, которые выделяют кислород,— раствором перманганата калия, перекисью водорода, затем накладывают повязку с гипертоническим раствором поваренной соли (хлорид натрия), раствором антигангренозного бактериофага и обеспечивают иммобилизацию. Налаживают срочно в/в капельное введение смеси противогангренозных сывороток. Хороший эффект дает применяемая в последние годы гипербарическая оксигенация. Назначают обильное питье, высококалорийное питание, сердечные средства, переливание крови, антибиотики. В тяжелых случаях производят ампутацию конечности.

Профилактика. Своевременная и полная первичная хирургическая обработка ран. Больным с обширными загрязненными рваными ранами, с повреждением мышц, особенно при открытых огнестрельных переломах, необходимо ввести по методу Безредки смесь противогангренозных сывороток (сыворотку против палочки злокачественного отека в дозе 15 000 АЕ, против палочки газовой гангрены — 10 000 АЕ, против септического вибриона — 5000 АЕ). Показаны большие дозы антибиотиков широкого спектра действия.

Столбняк — острое инфекционное заболевание, вызываемое внедрением в рану анаэробной столбнячной палочки, которая образует споры, чрезвычайно устойчивые к внешним воздействиям. Столбнячная палочка обитает на коже, одежде, в большом количестве в земле. В рану может попасть даже при незначительном повреждении кожи. В зависимости от входных ворот различают: раневой столбняк, столбняк после ожогов и отморожений, послеоперационный столбняк, послеродовой, столбняк новорожденных, послеинъекционный столбняк. Столбнячная палочка остается в месте внедрения, выделяя экзотоксины: тетаноспазмин, действующий на нервную систему и приводящий к тоническому сокращению мышц, и тетаногемолизин, вызывающий гемолиз эритроцитов.

Симптомы, течение. Инкубационный период длится 4—14 дней. Начинается заболевание с упорной головной боли, тянущих болей и поддергиваний мышц вблизи раны, затем развиваются приступы судорог мышц при малейшем раздражении (шум, яркий свет и т. д.). Тонические и клонические судороги начинаются с жевательной мускулатуры (тризм) и с мимических мышц («сардоническая улыбка»). Затем спастически сокращаются мышцы спины, шеи и конечностей (опистотонус). Судороги длятся от нескольких секунд до нескольких минут. На высоте судорог возможны переломы и смерть от удушья. Температура тела повышается до 40—42 °С.

Лечение. Больного следует немедленно госпитализировать и наладить капельное введение противостолбнячной сыворотки в дозе 150 000 АЕ. Дозу повторяют через 1—2 дня в течение 7—10 дней. Применяют наркотики, нейроплегические и курареподобные вещества.

Профилактика. Необходима хирургическая обработка всех ран и введение противостолбнячной сыворотки по Безредке — 3000 АЕ и активная иммунизация анатоксином.

АНГИОМА — врожденная доброкачественная сосудистая опухоль. Ткань ее состоит из расширенных кровеносных и лимфатических сосудов с несколько измененными и утол-

щенными стенками. Ангиомы, образованные из кровеносных сосудов, называются гемангиомами, а из лимфатических сосудов — лимфангиомами. Различают три вида ангиом: простые, кавернозные и ветвистые.

Симптомы, течение. Простые ангиомы чаще всего наблюдаются на коже лица и головы. Обычно они имеют вид небольших, округлых, сине-багрового цвета пятен, но иногда занимают большие участки на щеках, веках, носу, сильно обезображивая лицо. Кавернозные ангиомы располагаются в подкожной клетчатке, но могут прорастать мышцы и даже кости. Они имеют вид округлых выступов или бугров, возвышающихся над соседними участками кожи. Они мягки на ощупь, легко сжимаются при надавливании пальцем и вновь вздуваются как только прекращается давление. Кавернозные ангиомы часто дают кровотечения, особенно если они располагаются на слизистых оболочках губ, языка, полости рта. Кавернозные ангиомы могут развиваться и во внутренних органах, чаще всего в печени. Лимфангиомы встречаются значительно реже гемангиомы. Они имеют вид небольших узелков или диффузных выпячиваний, покрытых неизмененной кожей. Они мягки на ощупь, легко сдавливаются и часто набухают.

Лечение следует начинать как можно раньше, в раннем детстве. Применяют склеротерапию, замораживание угольной кислотой (криотерапия), электрокоагуляцию, производят иссечение опухоли.

АНЕВРИЗМА. Расширение ограниченного участка артерии в виде выступающего кнаружи мешка или равномерно расширенного цилиндра. Аневризмы делят на истинные и ложные (или травматические). Истинной аневризмой называется такое расширение артерии, при котором выпячивается кнаружи патологически измененная стенка артерии. Ложной аневризмой называется такое мешотчатое выпячивание, которое образовалось вследствие ранения артерии с последующим развитием вокруг излившейся крови соединительнотканной оболочки или капсулы. Если повреждена только артерия, то образовавшаяся после этого аневризма называется артериальной, а если одновременно были повреждены артерия и вена, то между этими сосудами может образоваться сообщение (артериовенозный свищ). Такие аневризмы называются артериовенозными.

Симптомы, течение. В области расположения как истинной, так и ложной аневризмы видна пульсирующая припухлость овальной формы. Положенная на эту припухлость ладонь ясно ощущает пульсацию и своеобразное дрожание. При выслушивании над областью аневризмы определяется характерный дующий шум, усиливающийся во время систолы и ослабевающий или совсем прекращающийся во время диастолы. При прижатии артерии выше места расположения аневризмы шум исчезает, после прекращения давления тотчас же возобновляется. При артериовенозных аневризмах припухлость невелика, шум носит непрерывный характер, усиливающийся во время систолы. Кроме того, при артериовенозных аневризмах обычно развивается более или менее значительное расширение вен к периферии от места аневризмы, отек, трофические изменения тканей конечности.

Лечение только хирургическое.

АНКИЛОЗ — неподвижность в суставе вследствие срастания суставных поверхностей костей, образующих суставы. Патологоанатомически различают два вида анкилоза: а) фиброзный анкилоз, если спаяние суставных поверхностей костей произошло в результате развития между ними плотной фиброзной ткани; б) костный анкилоз, если суставные хрящи частично или полностью разрушились, а между суставными поверхностями развилась костная ткань. Клинически различить эти два вида анкилоза не всегда удается. Анкилозы развиваются после травмы (внутрисуставной перелом, кровоизлияние в сустав) или в результате воспалительных процессов в суставе (гнойное воспаление, гонорейное поражение сустава, туберкулез сустава).

Симптомы и течение. При костном анкилозе движения в суставе полностью отсутствуют, а при фиброзном иногда сохраняются минимальные, едва заметные движения. Что же касается функциональных расстройств, то они различны и зависят от положения конечности, в котором произошла ее фиксация. Так, если при анкилозе локтевого сустава рука оказалась фиксированной в вытянутом положении, то она почти совершенно непригодна для работы. Если же рука находится в согнутом под прямым углом положении, то такой рукой больной может выполнять многие движения и работать.

Лечение. Анкилозы подлежат хирургическому лечению. Если конечность фиксирована в положении, которое невыгодно для функции конечности, производят разного рода артропластические операции, а по показаниям — пересадку искусственных суставов. При фиксации конечности в физиологически выгодном положении показания к операции относительные.

АППЕНДИЦИТ. Острый аппендицит — острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Возбудителями обычно являются различные микробы, находящиеся в кишечнике (кишечная палочка, энтерококки, стафилококки, стрептококки и др.).

В зависимости от патологических изменений морфологически различают три формы: а) катаральную, при которой происходит набухание слизистой оболочки, переполнение сосудов кровью, развитие мелкоклеточной инфильтрации в ней и скопление катарального секрета в просвете отростка; б) флегмонозную, при которой отросток резко утолщен и отечен, сосуды его резко гиперемированы, серозная оболочка красно-бархатистого цвета, местами покрыта фибринозным налетом; в) гангренозную, когда развивается некроз на большем или меньшем протяжении одной только слизистой оболочки или всей стенки отростка.

При флегмонозной и гангренозной формах нередко возникают тяжелые осложнения (прободение в свободную полость и развитие общего перитонита, аппендикулярный абсцесс).

Иногда наблюдаются осложнения со стороны других органов: абсцесс дугласова пространства, поддиафрагмальный абсцесс, флегмона и абсцессы забрюшинной клетчатки.

Симптомы, течение. Внезапно возникают острые боли или по всему животу, или в эпигастральной области, однако вскоре локализуются в правой подвздошной области. Обычно вместе с приступом болей в животе появляется тошнота, задержка стула, рвота (1—2 раза, реже — несколько раз). Температура тела повышается до 37,5—38 °С, а при тяжелых формах бывает и выше. При осмотре: отставание дыхательных экскурсий брюшной стенки справа, а при пальпации болезненность, напряжение брюшной стенки в правой подвздошной области. В крови — лейкоцитоз (10—15) • 10^9/л и изменение лейкоцитарной формулы — появление юных форм, повышение нейтрофилов и СОЭ.

Из других симптомов острого аппендицита, указывающих уже на воспаление брюшины в правой подвздошной области, важное значение имеют симптомы Блюмберга — Щеткина, Ровзинга, Ситковского.

Симптом Блюмберга — Щеткина. Осторожное, постепенное надавливание на брюшную стенку в правой подвздошной области больной переносит легко, но внезапное и быстрое прекращение давления (отнятие руки) вызывает резкую боль. Симптом Ровзинга. Надавливание на брюшную стенку слева, в области нисходящей ободочной кишки, и постепенное продвижение при давлении к области селезеночного изгиба вызывает боль в правой подвздошной области. Эта боль усиливается при повертывании больного на левый бок — симптом Ситковского.

Диагностику острого аппендицита следует проводить с другими острыми воспалительными заболеваниями органов брюшной полости: прободением язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, острым холециститом, приступом почечной колики, острым воспалением придатков, внематочной беременностью, которые могут проявляться схожей симптоматикой.

Лечение. Срочное направление больного в хирургический стационар и ранняя операция — удаление отростка. Но если диагноз поставлен поздно и у больного уже развился плотный воспалительный инфильтрат, то операцию приходится откладывать, тщательно наблюдая за дальнейшим развитием болезни.

Лечение аппендикулярного инфильтрата: строжайший покой, голод, антибиотики, сульфаниламидные препараты по схеме, салол с белладонной. Местно — вначале пузырь со льдом, а затем, когда температура снизится, можно по показаниям тепло. Но иногда все явления прогрессируют и появляются признаки общего перитонита или образования аппендикулярного абсцесса. В этих случаях необходима срочная операция, несмотря на наличие инфильтрата.

Аппендицит хронический. Симптомы, течение. Различают два вида хронического аппендицита: рецидивирующий хронический и первичный хронический аппендицит. Рецидивирующий хронический аппендицит развивается в тех случаях, когда при первом приступе острого аппендицита операция не была произведена, воспалительный процесс стих, но полного выздоровления больного не наступило. В этих случаях у больного периодически, через различные промежутки времени, вновь возникают приступы острого аппендицита.

При первично хроническом аппендиците больные категорически утверждают, что они никогда не болели острым аппендицитом. Но при тщательном обследовании больного оказывается, что предъявляемые им жалобы на неопределенные боли в правой подвздошной области, склонность к запорам, периодически возникающую тошноту, иногда рвоту, болезненность при пальпации правой подвздошной области и т. д. нельзя объяснить каким-либо заболеванием других органов брюшной полости.

Лечение — удаление червеобразного отростка (аппендэктомия).

АРТРИТ ГНОЙНЫЙ — гнойное воспаление сустава, развивается при попадании инфекции гематогенным или лимфогенным путем (при травмах), при переходе с соседнего очага (остеомиелит, флегмона). В процесс может быть вовлечена только синовиальная оболочка (гнойный синовит), суставная капсула или сумка, суставные концы костей и, наконец, все элементы сустава — панартрит. Наиболее часто поражаются крупные суставы: коленный (гонит), тазобедренный (коксит), локтевой, плечевой и голеностопный.

Симптомы и течение. При остром начале сильные боли в пораженном суставе, нарушение функции, повышение температуры до 39—40 °С, выраженная интоксикация. Контуры сустава сглажены, припухлость, покраснение кожи, позднее флюктуация. Конечность в полусогнутом положении, движения резко болезненны.

Лечение. Больного следует срочно направить в стационар. В начальных стадиях иммобилизация, массивные дозы антибиотиков с определением чувствительности к микрофлоре, сульфаниламидные препараты по схеме, пункции сустава с введением антибиотиков. При появлении гноя — вскрытие полости сустава. После стихания воспаления — физиотерапия, лечебная физкультура.

АСФИКСИЯ — прекращение дыхания вследствие паралича дыхательного центра, закупорки дыхательных путей, при травмах. Паралич дыхательного центра возникает при передозировке наркотических веществ. Закупорка дыхательных путей может произойти под влиянием различных причин: попадания инородных тел, например зубных протезов, если по недосмотру анестезиолога они не сняты до начала наркоза; вдыхания мелких предметов детьми (семечки, пуговицы), значительного скопления слизи, попадания рвотных масс, западения языка, сдавления опухолью, спазма голосовой щели при дифтерии (закупорка дифтерийными пленками), при столбняке.

Симптомы и течение молниеносные. Резчайшая одышка сопровождается рез-

ким сокращением мышц (иногда судорогой), либо больной становится синюшным, наступает головокружение, потемнение в глазах, несколько позже — потеря сознания. Зрачки расширяются, но реагируют на свет. При остановке дыхания прекращаются дыхательные экскурсии грудной клетки и брюшной стенки, исчезают рефлексы. Нередко (в терминальной стадии) непроизвольное выделение кала и мочи.

Лечение. Следует в первую очередь установить причину асфиксии. При закупорке дыхательных путей рвотными массами, слизью, кровяными сгустками или пищей — освободить верхние дыхательные пути (протереть марлевым тампоном, отсосать резиновым баллончиком или вакуум-отсосом), начать немедленно искусственное дыхание по способам «рот в рот», «нос в нос», Сильвестра. Одновременно наладить вдыхание увлажненного кислорода (чистого или в смеси с CO_2, ввести лобелин, цититон). Иногда необходима трахеостомия. При попадании мелких предметов часто единственным средством является трахеостомия.

При параличе дыхательного центра необходимо немедленно прекратить наркоз и приступить к искусственному дыханию, ввести внутривенно 1 мл 1 % раствора лобелина или 1 мл цититона, вдувать углекислоту через нелатоновский катетер, введенный в нос на глубину 5—6 см, подкожно 2—3 мл 20 % раствора камфоры, 2 мл 10—20 % раствора кофеина.

Язык следует вытянуть и ритмично подергивать при помощи языкодержателя или шелковой нити, проведенной через всю толщу его по средней линии на расстоянии $1^1/_2$—2 см от кончика.

АСЦИТ — водянка живота. Скопление жидкости (транссудата) в брюшной полости при расстройстве кровообращения в системе воротной вены при циррозе печени, злокачественных опухолях печени и других органов брюшной полости, туберкулезе брюшины, пороках сердца, иногда при болезнях почек.

Симптомы и течение. Живот в объеме увеличивается. Отмечаются притупление перкуторного звука в отлогих местах его, перемещение границы тупости при поворачивании больного с одного бока на другой, флюктуация при поколачивании передней брюшной стенки, одышка и другие симптомы, характерные для недостаточности кровообращения.

Лечение. Главным образом основного заболевания, вызвавшего асцит. Периодически производят прокол живота и удаление жидкости.

АТЕРОМА — ретенционная киста сальной железы кожи вследствие закупорки выводного протока железы. Наблюдается на участках кожи, богатой сальными железами (волосистая часть головы, лица). Может достигать больших размеров, бывает множественной. На лице встречаются множественные мелкие атеромы.

Симптомы, течение. Атеромы представляют собой медленно увеличивающиеся безболезненные образования с гладкой поверхностью, часто спаянные с кожей. Диагностика атеромы не представляет затруднений. При большой атероме головы нужно исключить мозговую грыжу.

Лечение атеромы хирургическое. Оно показано во всех случаях. Операцию удаления кисты производят под местной анестезией (раствор новокаина). Атерому следует удалить вместе с оболочкой. При нагноившейся атероме вскрывают ее содержимое, ложечкой выскабливают стенки кисты, полость смазывают йодной настойкой. Рана в этих случаях заживает вторичным натяжением.

БУРСИТ. Острый бурсит — воспаление слизистой сумки вследствие внедрения в нее гноеродных микробов через небольшие кожные ссадины и раны, а также при занесении инфекции гематогенным или лимфогенным путем из воспалительных очагов, расположенных на значительном расстоянии (панариции, фурункулы, язвы, рожа и т. д.).

Симптомы, течение. В области расположения слизистой сумки появляется небольшая болезненная опухоль яйцевидной формы, не спаянная с кожей (кожа над ней легко смещается). Опухоль имеет мягкоэластическую консистенцию, иногда флюктуирует. При давлении на опухоль иногда определяется нежный хруст, напоминающий хруст сухого снега. В более поздних стадиях (при нагноении) кожа над опухолью краснеет, в окружности ее образуется отек, иногда — свищ. Температура повышается, общее состояние больного ухудшается. Движения в суставе ограничены, болезненны. Наиболее часто воспаляются сумки области коленного сустава, локтевого сустава, в области головки I плюсневой кости.

Лечение — полный покой конечности, фиксирующая бинтовая, шинная или гипсовая повязка, тепло, при высокой температуре антибиотики. При отсутствии эффекта от такого лечения показана операция. Если возможно, иссекают всю сумку вместе с оболочкой, а если развилась гнойная инфильтрация окружающей ткани, производят вскрытие и дренирование полости сумки.

Хронический бурсит — хроническое серозное воспаление слизистой сумки в результате небольших, но часто повторяющихся травм (например у рабочих, которым приходится постоянно опираться на колено или локоть), а также при слабовирулентной инфекции. Нагноения в этих случаях не наступает, а происходит утолщение стенки слизистой сумки и скопление в полости серозного экссудата фибрина, иногда плотных рисовидных тел, свободно лежащих в полости растянутой сумки.

Симптомы, течение. На месте расположения слизистой сумки образуется круглая, безболезненная мягкоэластическая опухоль с гладкой, ровной поверхностью, покрытая неизмененной или несколько утолщенной, огрубевшей кожей. Иногда определяется флюктуация.

Лечение — иссечение сумки вместе с оболочкой (вылущивание).

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ развивается вследствие недостаточности венозных клапанов поверхностных вен бедра и голени, слабости

венозной стенки и при возникновении препятствий оттоку венозной крови. Недостаточность венозных клапанов почти всегда является врожденной. Слабость венозной стенки зависит или от недостаточного развития мышечных и эластических волокон, или от патологических процессов, вызывающих дегенеративные и воспалительные изменения. Нарушения венозного оттока обусловлены различными причинами: сдавливанием вен расположенной поблизости опухолью; рубцовыми сращениями, закупоркой вен; артериовенозной аневризмой. Развитию варикозного расширения вен способствует работа, связанная с длительным стоянием. У женщин нередко расширению подкожных вен способствует беременность. Принято различать три основные формы расширения вен: 1) цилиндрическое — вена относительно прямолинейна, обычно имеет утолщенную плотноэластическую стенку; 2) змеевидное — вена извилиста, расширена, стенка истончена пропорционально увеличению просвета; 3) мешковидное узловое расширение, при котором имеются одиночные или множественные округлые узлы различных размеров обычно с истонченной и дряблой стенкой.

Симптомы и течение. Начальные стадии расширения вен не причиняют больным особого беспокойства. Двустороннее расширение вен встречается почти в половине случаев. При одностороннем процессе чаще поражается левая конечность. Расширение вены отчетливо обнаруживается при осмотре и пальпации в виде прямого или извилистого тяжа. Часто наблюдается отек дистальных отделов голени в конце рабочего дня. Субъективные жалобы не постоянны и, как правило, появляются значительно позже. Они сводятся к утомляемости при длительном стоянии и неясным тупым ломящим болям в ногах. Нередко больные жалуются на судороги в икроножных мышцах. Позже развиваются трофические изменения в дистальных отделах конечности: пигментация, атрофия, сухость кожи, дерматиты, экземы, эрозии, варикозные язвы.

Диагностика. Локализацию, протяженность, форму и калибр расширенных вен выявляют при осмотре и обязательном поверхностном ощупывании поверхностных вен. Нередко при этом обнаруживают уплотнение и расширение вен далеко за пределами их видимого расширения. Для выявления состояния венозных клапанов следует определить, имеется ли симптом Троянова — Тренделенбурга. Больного укладывают на спину и поднимают на некоторое время пораженную ногу. Когда подкожные вены полностью спадутся, прижимают пальцами место впадения вены в глубокую бедренную (область скарповского треугольника) или на этом уровне накладывают эластический жгут и просят больного встать, внимательно наблюдая за тем, чтобы давление на вену не ослабло. Затем быстро снимают пальцы или снимают жгут. Как только давление прекратилось, становится заметным как кровь быстро заполняет вену. Расширенная вена вновь делается отчетливо видной. Этот симптом указывает на недостаточность венозных клапанов большой подкожной вены.

Лечение. В начальной стадии рекомендуется ношение эластических чулок или бинтование ноги на всем протяжении от пальцев стопы до коленного сустава. Давление бинта должно быть равномерным, без отдельных перетяжек. Лучше чтобы первое бинтование было сделано сестрой или фельдшером. Бинтование следует производить лежа, после того как больная нога побудет некоторое время в возвышенном положении. Бинтование эластическим бинтом больные должны производить утром, не вставая с постели. В более тяжелых случаях показано хирургическое лечение, которое состоит в удалении всей подкожной вены с перевязкой перфорантных вен. В настоящее время после операции этим больным на 2-й день делают перевязку, ногу бинтуют эластическим бинтом и больным разрешают вставать (обязательна лечебная гимнастика в постели). После операции больной должен пользоваться эластическим бинтом в течение 3—4 мес. В последние годы при начальных формах заболевания широкое распространение получила склеротерапия варикоцидом, проводимая в амбулаторных условиях. При оперативном лечении и при введении варикоцида необходимо установить, проходимы ли глубокие вены.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН СЕМЕННОГО КАНАТИКА развивается вследствие врожденных особенностей венозной системы, по которой происходит отток крови от семенного канатика, и сосудисто-двигательных раздражений в периоде полового развития.

Симптомы, течение. При незначительном расширении вен семенного канатика больной не испытывает каких-либо неприятных ощущений и не предъявляет жалоб. При более значительном расширении вен у больного появляются тупые, тянущие боли, особенно при ходьбе. Иногда у таких больных наблюдается половая слабость. При осмотре: на пораженной стороне мошонка отвисает, через ее кожу видны расширенные, извитые вены. При пальпации определяются мягкие, переполненные кровью вены. Если уложить больного на спину и слегка приподнять мошонку, то вены постепенно спадаются.

Лечение. При небольшом расширении вен семенного канатика и при отсутствии болей достаточно постоянного ношения хорошо подогнанного суспензория или эластических плавок. При значительном расширении вен и при болях показано оперативное лечение — иссечение варикозно расширенных вен и пластическое укорочение кожи мошонки.

ВОДЯНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ возникает в результате полной закупорки пузырного протока обычно после приступа холецистита.

Находящаяся в желчном пузыре желчь изменяется под влиянием образовавшегося воспалительного экссудата, превращается в прозрачную водянисто-слизистую жидкость. Желчный пузырь растягивается, стенки его истончаются иногда настолько, что просвечивают. Однако это наблюдается при первичной водянке желчного пузыря. В тех случаях, когда закупорка пузырного протока происходит после нескольких приступов холецистита, изме-

нения стенки желчного пузыря выражены более резко.

Симптомы, течение. В легких случаях при первичной водянке желчного пузыря больные не предъявляют никаких жалоб. В более тяжелых случаях, особенно при вторичной водянке желчного пузыря, больные жалуются на тупые боли, на повторяющиеся периодические приступы болей в правом подреберье, напоминающие приступы печеночной колики. При пальпации живота в проекции желчного пузыря определяется грушевидной формы образование с гладкой ровной поверхностью, мягкой консистенции и слегка чувствительное при давлении.

Лечение. В тех случаях, когда больные не предъявляют особых жалоб, при обследовании не обнаруживается значительных патологических изменений, образование имеет тенденцию к уменьшению, показано консервативное лечение. В более тяжелых случаях — при болях и увеличении желчного пузыря показана операция удаления желчного пузыря.

ВОДЯНКА ЖИВОТА. См. *Асцит.*

ВОДЯНКА ЯИЧКА — скопление серозной, прозрачной жидкости между листками собственной и белочной оболочек яичка. Врожденная форма наблюдается у детей вследствие недоразвития лимфатической системы яичка и семенного канатика, а также при нарушении процесса заращения влагалищного отростка брюшины. Приобретенная форма водянки яичка бывает как у взрослых, так и у детей в результате травмы и воспалительного процесса в яичке и семенном канатике (туберкулез, гонорея, сифилис и т. д.). Между листками собственной и белочной оболочек яичка скапливается экссудат, имеющий вид прозрачной серозной жидкости желтоватого цвета.

Симптомы, течение. В области мошонки постепенно развивается опухолевидное образование овальной формы, которое вначале не беспокоит больного, однако при достижении значительной величины начинает причинять неудобства при ходьбе, вызывает небольшие тупого характера боли и иногда некоторое затруднение мочеиспускания. Образование похоже на паховую грыжу, но при ощупывании не вправляется в брюшную полость, имеет гладкую, ровную поверхность, плотно эластическую консистенцию, флюктуирует, при осмотре в проходящем свете просвечивает. Для обнаружения этого симптома к поверхности образования приставляют стетоскоп (можно свернутый в трубку лист бумаги), а на противоположную сторону его помещают какой-нибудь источник света, например, зажженную электрическую лампочку. При водянке яичка ясно видно желтоватое светлое пятно, по форме соответствующее отверстию стетоскопа. При грыже и опухолях яичка этот симптом бывает отрицательным.

Лечение. При небольших размерах водянки, не склонных к увеличению, лечения не требуется. При значительных размерах и наличии жалоб больному показана операция. Иногда делают пункцию и отсасывают жидкость. Но эта операция обычно не ведет к выздоровлению, через некоторое время жидкость снова накапливается. При врожденной форме водянки яичка не следует производить операцию раньше 2—5-летнего возраста.

ВОЛЧЬЯ ПАСТЬ — расщелины твердого нёба, наблюдаются как изолированно, так и в сочетании с заячьей губой. Расщелины твердого неба, проникающие через всю толщу, создают сообщения между полостью рта и полостью носа. В некоторых случаях расщелины не проникают в полость носа и тогда имеют вид полости, углубления на слизистой оболочке твердого нёба. Дети с расщелинами нёба не могут сосать, пища попадает в носовую полость, страдают хроническим воспалением дыхательных путей, гнусавой и непонятной речью.

Лечение только оперативное, желательно в возрасте 3—4 лет. Производят пластическую операцию.

ВОСПАЛЕНИЕ БРЮШИНЫ (ПЕРИТОНИТ) развивается при внедрении в нее патогенных микробов или попадании некоторых химических веществ. В большинстве случаев микробы переносятся на брюшину непосредственно с какого-либо воспалительного очага, расположенного в том или ином органе брюшной полости (острый аппендицит, холецистит, воспаление женских половых органов, заворот кишечника и т. д.), а также при проникающих ранениях живота и при прободении полых органов брюшной полости (прободение желудка и кишок, желчного пузыря и т. д.). Реже инфекция заносится гематогенным путем из воспалительного очага (ангина и т. д.).

Симптомы, течение. Различают две формы перитонита: разлитой, когда воспаление захватывает бóльшую часть брюшины, и ограниченный, при котором воспаление распространяется на сравнительно ограниченный ее участок.

Наиболее тяжелой формой является разлитой перитонит, развивающийся вследствие внезапного поступления в брюшную полость желудочно-кишечного содержимого (при прободении полого органа), или гноя (при прорыве гнойника). В этих случаях внезапно появляется очень сильная острая боль в животе. К этому вскоре присоединяется тошнота и рвота. Рвота или позывы на нее беспрестанно повторяются. Вначале в рвотных массах содержатся остатки пищи, а затем появляется зеленоватого цвета жидкость. Боли в животе нарастают, становятся невыносимыми. Малейшее движение больного или дотрагивание до живота вызывает обострение боли. Живот становится напряженным. При пальпации его отчетливо определяется напряжение брюшной стенки. Общее состояние больного резко ухудшается, кожные покровы становятся бледными, пульс частым, дыхание поверхностным, дыхательные экскурсии брюшной стенки резко ограниченными или отсутствуют. Температура тела повышается. Причем температура в подмышечной впадине значительно ниже, чем в прямой кишке. В дальнейшем наступают парез кишечника и вздутие живота. При аускультации кишечные шумы в животе не прослушиваются. Резко изменяется внешний вид больного, глаза западают, нос заостряется, лицо покры-

вается холодным липким потом, появляется цианоз, язык становится сухим.

В тех случаях, когда перитонит развивается вследствие перехода воспаления с того или иного органа брюшной полости, общее состояние и субъективные жалобы больного вначале остаются характерными для воспаленного органа брюшной полости. Но затем в общем состоянии наступает резкое ухудшение. Боли в животе становятся более разлитыми, перестают выслушиваться перистальтические шумы. Решающее значение для диагноза в этих случаях имеют пальпаторные данные. Если ранее болезненность и напряжение брюшной стенки определялись в области первичного воспалительного очага, то при перитоните они быстро захватывают весь живот. Наступает резкое ухудшение общего состояния больного.

При ограниченном перитоните вначале определяются только симптомы, характерные для воспаления того или иного органа брюшной полости (аппендицит, холецистит, аднексит и т. д.). Только через некоторое время появляются свойственные ограниченному воспалению брюшины симптомы: болезненность и напряжение брюшной стенки отмечаются не по всему животу, а на некотором его участке. На остальных участках живот остается более мягким, менее болезненным и напряжение брюшной стенки не выражено, или выражено незначительно.

Лечение — срочная операция, устраняющая причину перитонита. Одновременно проводится интенсивная терапия: инфузии изотонического раствора хлорида натрия, растворов глюкозы, плазмы, кровезаменителей, а также сердечные средства и антибиотики. В послеоперационном периоде налаживают постоянную аспирацию желудочного содержимого. Для возбуждения перистальтики п/к вводят прозерин, физостигмин, в/в 10—20 мл гипертонического раствора хлорида натрия.

ВЫВИХ — травматическое повреждение сустава, в результате которого суставные поверхности костей смещаются и полностью теряют соприкосновение, а суставная сумка разрывается. Если суставные поверхности на некотором протяжении соприкасаются, то говорят о подвывихе.

Если вывих происходит в результате поражения мягких тканей, окружающих сустав, или вследствие изменения тканей самого сустава, то вывих называют патологическим. Патологические вывихи происходят под влиянием самой незначительной травмы или даже без всякого внешнего насилия.

Симптомы, течение. Сильная боль в области вывихнутого сустава, усиливающаяся при попытке произвести движение в этом суставе, отсутствие движений в нем. Больной поддерживает поврежденную конечность и не дает трогать ее. При осмотре определяется деформация в области поврежденного сустава, особенно хорошо заметная при сравнении этого сустава со здоровым суставом другой стороны. При ощупывании оказывается, что суставная головка находится не на своем обычном месте, а смещена в ту или иную сторону. Попытки произвести пассивные движения вызывают сильную боль. Диагноз подвывиха поставить труднее, а иногда можно только с помощью рентгенологического исследования.

Рентгенологическое исследование сустава позволяет окончательно выяснить вид вывиха и точно определить взаимное положение смещенных суставных поверхностей.

Лечение. Необходимо возможно скорее произвести вправление вывиха. Вправление вывиха производят по определенному способу для каждого сустава. После вправления на 3 нед накладывают фиксирующую гипсовую лонгету, а затем назначают массаж и лечебную гимнастику.

Вывих нижней челюсти чаще бывает двусторонним. Рот приоткрыт, нижняя челюсть смещена вниз и кпереди, щеки уплощены, изо рта обильно выделяется слюна. При вправлении челюсть фиксируют двумя руками, при этом большие пальцы, обмотанные салфетками, опираются на зубы. Голову больного фиксирует ассистент. Нижнюю челюсть оттягивают вниз, затем подают кзади и вверх. После вправления накладывают пращевидную повязку, ограничивающую открывание рта, на 1—2 нед. На несколько дней назначают диету в жидком виде.

Вывих плеча. При вывихе плеча суставная головка чаще всего смещается кпереди или вниз — в подмышечную впадину. Активные движения в суставе отсутствуют, при пассивных движениях отмечается резкая болезненность и пружинящее сопротивление в области сустава. Существует много способов вправления, но наиболее распространены способы Джанелидзе и Кохера, хотя последний наиболее травматичный. Для обезболивания больному вводят п/к промедол и в полость сустава 20—40 мл 1 % раствора новокаина, но лучше вправлять вывихи под проводниковой анестезией или общим обезболиванием.

При вправлении вывиха по способу Джанелидзе больного укладывают в боковом положении на стол так, чтобы рука свободно свешивалась вниз. Голову при этом укладывают на отдельный столик или тумбочку. Через 10—15 мин под влиянием тяжести происходит расслабление мышц плечевого пояса. Руку берут за предплечье, сгибают ее в локтевом суставе, оттягивают книзу и слегка вращают кнаружи, а затем внутрь. При этом происходит вправление вывиха. Фиксирующая гипсовая лонгета на 3 нед.

Вывих локтевого сустава чаще бывает задним. Под общим обезболиванием вывих вправляют путем двойной тяги. Ассистент оттягивает согнутое под углом 120 ° предплечье, в то время как врач, обхватив плечо так, чтобы его большие пальцы лежали на сместившихся кзади локтевом отростке и головке лучевой кости, сдвигает их кпереди. После вправления вывиха локтевого сустава последний мобилизуют под прямым углом гипсовой лонгетой на 3 нед.

Вывих тазобедренного сустава. Больной лежит на спине, нога слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах, ротирована

внутрь. Активные движения отсутствуют, пассивные — резко болезненны. Вправление возможно только в стационаре. Транспортировка — после введения обезболивающих средств (морфин, промедол). Вправляют вывих обычно по способу Джанелидзе, с последующей фиксацией гипсовой лонгетой 4—6 нед.

Вывих бедра врожденный. В эмбриональный период под влиянием тех или иных причин нарушается процесс развития тазовых костей и формирования вертлужной впадины, поэтому у новорожденного ребенка вместо глубокой впадины имеется лишь небольшое углубление, в результате чего происходит вывих. Врожденный вывих бедра обычно бывает односторонним, но иногда встречается и двусторонний.

Симптомы, течение. Пока ребенок не начал ходить, этот врожденный дефект ничем особенным не проявляется. Но когда ребенок начинает вставать на ноги и ходить, головка бедра постепенно смещается кверху, все больше растягивая суставную сумку, внедряясь в мышцы. Ребенок начинает хромать, при каждом шаге наклоняясь в сторону вывиха, но не щадит эту ногу, а свободно опирается на нее. Вторым важным симптомом является укорочение конечности, заметное на глаз даже при осмотре ребенка в положении на спине. Точно его определяют при измерении конечности. Подвижность в тазобедренном суставе полностью сохранена и даже бóльшего объема, чем на здоровой стороне. При рентгенологическом исследовании точно устанавливают характер и степень смещения головки бедра. При двустороннем вывихе определяется характерная «утиная походка». Во время ходьбы ребенок переваливается с одной стороны на другую. При этом живот выпячивается вперед, а в поясничном отделе позвоночника обнаруживается резкий лордоз.

Лечение. В раннем детстве удается получить хороший анатомический и функциональный результат с помощью вправления и наложения этапных гипсовых повязок. В застарелых случаях необходима пластическая операция.

Вывих привычный. Часто повторяющийся вывих одного и того же сустава (обычно плечевого), под влиянием ничтожной травмы, иногда даже при неловком движении. Это состояние развивается вследствие растяжения и ослабления суставной сумки, атрофии окружающих сустав мышц, при их парезах и параличах.

Симптомы, течение. От обычной клинической картины симптомы привычного вывиха отличаются только тем, что в момент вывиха больной не испытывает сильной боли, а вправление происходит легко, иногда самим больным.

Лечение. После вправления систематическая физиотерапия: ванны, массаж. В тяжелых случаях показана пластическая операция.

ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ — выхождение наружу через заднепроходное отверстие более или менее значительного участка прямой кишки. В легких случаях выпадает только небольшой участок слизистой оболочки, а в более тяжелых — все оболочки прямой кишки на значительном протяжении.

У детей выпадение прямой кишки развивается под влиянием поносов и упорных запоров, сопровождающихся тенезмами. У взрослых выпадение слизистой оболочки чаще возникает при геморрое, а выпадение всех оболочек прямой кишки происходит под влиянием различных причин: врожденной слабости фасций и мышц, окружающих прямую кишку и образующих тазовое дно; при воспалительных процессах нижнего отдела толстого кишечника (дизентерия и т. п.); при сильном повышении внутрибрюшного давления во время поднятия больших тяжестей; при упорных запорах и длительных поносах, сопровождающихся тенезмами и т. д.

Симптомы, течение. В легких случаях выпадает небольшой участок слизистой оболочки только во время дефекации, а по окончании дефекации он самостоятельно вправляется внутрь. В более тяжелых случаях выпавший участок прямой кишки уже самостоятельно не вправляется после дефекации и больному приходится вправлять его пальцами. В еще более тяжелых случаях выпадение происходит даже при небольшом натуживании во время легкой физической работы, при ходьбе, кашле. Слизистая оболочка выпавшей части прямой кишки под влиянием частых травм воспаляется, покрывается слизью, отекает, изъязвляется. Больные испытывают тяжесть, боли, ощущение присутствия инородного тела в заднем проходе.

Лечение заключается в ликвидации поносов, запоров и воспалительных заболеваний, на почве которых возникло выпадение прямой кишки. Строгий режим питания. У взрослых при отсутствии терапевтического эффекта от консервативного лечения показана операция.

ГАНГЛИЙ (гигрома) состоит из тонкой соединительнотканной оболочки и желеобразного коллоидного содержимого беловато-желтого цвета. Развивается из суставной сумки или сухожильного влагалища. Локализуется чаще всего в области тыльной поверхности лучезапястного сустава, реже — в подколенной впадине, на наружной стороне тыльной поверхности стопы или на ладонной поверхности пальцев руки.

Симптомы, течение. Больные обращаются к врачу с жалобой на незаметно появившееся и постепенно увеличивающееся шаровидное выпячивание под кожей тыльной поверхности лучезапястного сустава или в другом месте. Обнаруживаемое шаровидное образование плотноэластической консистенции, не связано с кожей, безболезненно, почти совершенно неподвижно, дающее едва заметную флюктуацию, но бывает очень напряженным, плотным (как хрящ).

Лечение. Иногда удается излечить простым раздавливанием. Но чаще удаляют ганглий оперативным путем. Операцию, как правило, производят в амбулаторных условиях.

ГАНГРЕНА — омертвение тканей, наступающее под влиянием различных внешних и внутренних факторов: прекращения артериального притока крови вследствие закупорки, резкого сужения или длительного спазма сосудов, прекращения оттока венозной крови и

кровообращения в капиллярах, непосредственного воздействия на клетки тканей ядовитых химических веществ, продуктов обмена патогенных микробов, электротока, высокой температуры.

Симптомы, течение. Различают две основные клинические формы гангрены: сухая гангрена, или мумификация тканей, и влажная гангрена. Сухая гангрена развивается в тех случаях, когда внезапно и полностью прекращается кровоснабжение и создаются условия, благоприятные для быстрого высушивания и испарения жидкости с поверхности омертвевающего участка. При этом ткани становятся плотными, жесткими, сухими, черными (как уголь). На границе омертвевшего участка появляются грануляционный вал и демаркационная линия, и он постепенно отторгается.

Влажная гангрена развивается в тех случаях, когда испарение с поверхности омертвевшего участка затруднено или не происходит, тогда возникает воспалительный процесс, вызванный гнойной или гнилостной инфекцией. При влажной гангрене наблюдаются выраженные явления общей интоксикации, значительное повышение температуры, боли. Местно отмечаются отек тканей, на коже темно-бурые пятна, пузырьки, наполненные бурой, кровянистой жидкостью, участки гнилостного распада тканей с резким неприятным запахом. Демаркационная линия не образуется.

Лечение. При сухой гангрене вначале проводят консервативную терапию: асептические повязки, мероприятия, улучшающие кровообращение и общее состояние больного. Когда демаркационная линия ясно обозначится, удаляют омертвевшие участки. При влажной гангрене только в самом начале применяют консервативное лечение: асептические высушивающие повязки, антибиотики, сульфаниламидные препараты, общеукрепляющие средства. Необходимо самое внимательное наблюдение за общим состоянием больного. При развитии интоксикации необходима ранняя ампутация конечности.

ГЕМАРТРОЗ — кровоизлияние в полость сустава. Развивается после травмы сустава и при геморрагических диатезах (гемофилия, цинга и др.).

Симптомы, течение. Боль, ограничение движений в суставе, сглаженность контуров сустава и припухлость его. При значительном кровоизлиянии можно отметить зыбление (флюктуацию), иногда, при пассивных движениях, определяется характерный хруст.

Лечение. Покой для поврежденного сустава, задняя гипсовая лонгета, давящая повязка в виде баранки на область надколенника, в первые 2—3 дня пузырь со льдом. Через несколько дней — тепловые физиотерапевтические процедуры, дозированная лечебная гимнастика. При значительном скоплении крови в суставе — пункция и отсасывание крови с введением антибиотиков.

ГЕМАТОМА — скопление крови в тканях в виде опухоли или кисты, образовавшееся под влиянием ушиба и разрыва сосудов.

Симптомы, течение. Припухлость того или иного участка тела, появившаяся после травмы. При поверхностном расположении гематомы видна опухоль, кожа над которой имеет багровый или зеленовато-желтый цвет, а при пальпации определяются болезненность и флюктуация.

Лечение. Сразу после травмы холод, а через 2—3 дня тепло, компрессы, мазевые рассасывающие повязки. При больших скоплениях крови — пункция и аспирация ее, при инфицировании и образовании абсцесса — разрез и удаление содержимого.

ГЕМАТУРИЯ — выделение крови с мочой. Является симптомом многих заболеваний мочевой системы. Правильно оценить данный симптом помогает так называемая трехстаканная проба: у больного во время мочеиспускания берут три раздельные пробы мочи — в начале мочеиспускания, в середине и в конце. Присутствие крови только в первой порции свидетельствует о поражении уретры: травматическое поражение, папилломы, воспаление (при этом наблюдается примесь гноя). Присутствие крови только в последней порции указывает на некоторые поражения мочевого пузыря или поражение предстательной железы. Тотальная гематурия — кровь во всех трех порциях — может быть при заболеваниях мочевого пузыря (острые геморрагические циститы, камни мочевого пузыря, опухоли), а также при поражении почек и мочеточников (почечнокаменная болезнь, опухоли и т. д.).

Лечение. Во всех случаях необходимо срочное направление к урологу.

ГЕМОРРОЙ — варикозное расширение подслизистых вен нижнего отдела прямой кишки. Развивается при врожденной или приобретенной слабости венозной стенки, под влиянием затруднения венозного оттока (опухоли, беременная матка, скопление твердых каловых масс при упорных запорах и т. д.).

Симптомы, течение. Различают наружный геморрой и внутренний. Больные жалуются на боли при дефекации, чувство тяжести и жжение, зуд в области заднего прохода, кровотечение из заднего прохода или только на примесь крови в каловых массах. При осмотре заднего прохода видны отдельные венозные узлы, напряженные или спавшиеся. При ректальном пальцевом исследовании определяются болезненные, округлой формы выпячивания слизистой оболочки, на кончике пальца после такого исследования бывают слизь и кровь. Если варикозные узлы выпадают наружу и ущемляются, то возникают резкие боли. Выпавшие узлы могут воспалиться и изъязвиться.

Лечение. Назначение такой диеты, чтобы стул был ежедневно, а каловые массы имели мягкую консистенцию. Тщательный туалет заднего прохода после каждой дефекации, ежедневные обмывания заднего прохода прохладной водой, клизмы с ромашкой или сушеницей болотной, свечи с белладонной, новокаином. При частых и больших кровотечениях, ведущих к анемии, показано оперативное лечение. При ущемленном геморрое — постельный режим, повязки с буровской жидкостью или свинцовой примочкой в холодном виде.

ГИДРАДЕНИТ — воспаление потовых желез («сучье вымя»). Развивается вслед-

ствие попадания в потовые железы гноеродных микробов, главным образом стафилококков и стрептококков. Проникают микробы или через небольшие дефекты эпидермиса или через выводные протоки потовых желез. Возникновению гидраденита способствует загрязнение кожи, расчесы, мелкие трещины и ссадины, потливость. Чаще всего воспаляются потовые железы подмышечной впадины, реже — железы паховой области.

Симптомы, течение. Вначале появляются небольшие, поверхностно расположенные, плотные, болезненные на ощупь узелки. Постепенно они размягчаются и образуются мелкие гнойнички. Одни из них самостоятельно вскрываются, а другие появляются по соседству. Сливаясь вместе, эти воспалительные инфильтраты и отдельные гнойнички образуют один большой, плотный, очень болезненный инфильтрат или гнойник с вишню величиной. От фурункула и карбункула гидраденит отличается тем, что у него нет гнойно-некротического стержня. Протекает это заболевание медленно, иногда в течение нескольких недель и даже месяцев. Общее состояние больного остается удовлетворительным, температура тела субфебрильная и лишь в отдельных случаях поднимается до 38—39 °С.

Лечение. В начальной стадии местно применяют сухое тепло, ультрафиолетовое облучение (эритемная доза), стимулирующие средства внутрь (пивные дрожжи, усиленное питание, витамины). При образовании абсцесса показано его вскрытие или иссечение целиком с последующим открытым лечением и применением мазевых антисептических повязок — синтомициновая или стрептомициновая эмульсия, бальзам Шостаковского, физиотерапия.

ГИДРОНЕФРОЗ — скопление мочи в почечных лоханках и чашечках вследствие препятствия оттоку мочи в мочевой пузырь. Таким препятствием могут быть врожденное сужение мочеточника, сдавление его аномально расположенным кровеносным сосудом, перегиб его при смещенной почке, закупорка мочеточника камнем или опухолью мочевого пузыря, расположенной вблизи впадения мочеточника. При гидронефрозе происходит более или менее значительное растяжение почечных лоханок и чашечек, истончение их стенок и атрофия почечной паренхимы.

Симптомы, течение. В начальных стадиях гидронефроза больные не испытывают неприятных ощущений. Диагноз в этот период можно поставить только при рентгенологическом исследовании, производимом по тому или иному поводу. В дальнейшем у больного появляется чувство тяжести в подреберье и поясничной области, иногда характерные приступы почечной колики, периодическое уменьшение выделяемой мочи с последующим (через некоторое время) обильным выделением. При ощупывании живота можно обнаружить опухоль мягкой консистенции, дающую флюктуацию. При рентгенологическом исследовании выясняется характер и степень развития заболевания.

Лечение. Устранение препятствия оттоку мочи при помощи операции.

ГИПЕРТРОФИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — увеличение ее вследствие разрастания рудиментарных периуретральных желез. Развивается в пожилом и старческом возрасте.

Симптомы, течение. В начальной (первой) стадии заболевания больные жалуются на учащение и некоторое затруднение мочеиспускания, особенно по ночам. При позыве на мочеиспускание больной не может сразу опорожнить пузырь, а вынужден тужиться некоторое время. При мочеиспускании струя мочи вялая и время от времени прерывается. Во второй стадии заболевания расстройство мочеиспускания еще более усиливается, позывы на мочеиспускание становятся частыми, ночью приходится просыпаться несколько раз. Мочевой пузырь полностью не опорожняется, в нем после мочеиспускания остается небольшое количество мочи (остаточная моча), вследствие чего через несколько минут вновь появляется позыв. Временами происходит задержка мочи и растяжение мочевого пузыря. В третьей стадии заболевания периодически происходят еще более значительные задержки мочи и растяжение мочевого пузыря. При перерастяжении пузыря моча начинает непроизвольно выделяться по каплям.

При ощупывании предстательной железы пальцем через задний проход оказывается, что она увеличена, плотная, гладкая.

Лечение. В начальной стадии заболевания необходимо соблюдать определенную диету. Запрещается острая, раздражающая пища, пряности. Последний прием пищи и питья должен происходить не позднее 19 ч в умеренном количестве. Внутрь применяют таблетки синэстрола курсами в течение года. Для предупреждения инфекции назначают гексаметилентетрамин (уротропин) и отвар медвежьих ушек. В более поздних стадиях заболевания систематически катетеризируют и промывают мочевой пузырь. При отсутствии эффекта необходима операция удаления предстательной железы (простатэктомия).

ГОНИТ. См. *Артриты.*

ГРЫЖА — выхождение внутренностей вместе с пристеночным листком брюшины через дефект в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки под кожу. Выхождение под кожу внутренностей, не покрытых пристеночным листком брюшины, называется подкожной эвентрацией, а выхождение внутренностей наружу через дефект во всех слоях брюшной стенки (через рану) — выпадением внутренностей. Края дефекта в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки называются воротами грыжи. Пристеночный листок брюшины, покрывающий вышедшие внутренности, называют грыжевым.

Грыжа бедренная. Грыжевыми воротами служит бедренный канал, внутренности выходят кнутри от бедренных суставов ниже паховой связки. Встречается чаще у женщин.

Симптомы, течение. Больные жалуются на боли и наличие небольшой опухоли в паховой складке. При осмотре отмечается небольшое выпячивание (с лесной орех, редко с куриное яйцо) овальной формы, располо-

женное под пупартовой связкой. На ощупь выпячивание мягкой или эластической консистенции, не смещается в стороны.

Грыжа белой линии. Грыжевыми воротами служат щели между сухожильными волокнами, образующими белую линию живота. Грыжевым содержимым в начальной стадии является предбрюшинная жировая клетчатка, а в дальнейшем — ткань пупочно-печеночной связки, сальник.

Симптомы, течение. При грыже белой линии живота больные часто предъявляют жалобы на боли, напоминающие по характеру боли при язве желудка и других желудочно-кишечных заболеваниях. При осмотре иногда определяется небольшое выпячивание в области белой линии, а обычно эту грыжу обнаруживают только при тщательной пальпации всей белой линии. При этом только при натуживании может появиться небольшое выпячивание, уходящее в брюшную полость как только больной расслабляет брюшную стенку.

Грыжа паховая. Грыжевыми воротами служит паховой канал. Если грыжевое выпячивание начинается в области внутреннего пахового кольца и дальше распространяется по каналу параллельно семенному канатику, а затем выходит под кожу через наружное паховое кольцо, то такую грыжу называют косой паховой грыжей. Если же грыжевое выпячивание начинается в виде небольшого выпячивания в задней стенке у наружного пахового кольца, то такую грыжу называют прямой паховой грыжей.

Симптомы, течение. При косой паховой грыже мешок достигает больших размеров, грыжа в виде овального выпячивания спускается в мошонку. При прямой паховой грыже грыжевое выпячивание имеет вид половины шара, располагается ближе к лонному сочленению. При введении пальца в грыжевые ворота ощущается пульсация нижней эпигастральной артерии кнаружи от пальца, а при косой паховой грыже — кнутри от пальца.

Грыжа пупочная. Грыжевыми воротами является пупочное кольцо. При ощупывании палец ясно ощущает края пупочного кольца, а грыжевое выпячивание легко вправляется в брюшную полость.

Грыжа послеоперационная. Грыжевыми воротами служат разошедшиеся края операционного разреза брюшной стенки.

Симптомы, течение. Выпячивание в области операционного рубца на всем его протяжении или только на небольшом участке. Форма грыжевого выпячивания разнообразна: продолговатая, шаровидная, четкообразная.

Лечение — всегда оперативное. Рекомендуется производить операцию как только поставлен диагноз. Ношение бандажей нерационально. Только у новорожденных детей при наличии пупочной грыжи можно в ряде случаев получить излечение при помощи специально сконструированного бандажа или давящей повязки.

Грыжа ущемленная. В тех случаях, когда под влиянием сильного и быстрого сокращения мышц живота и повышения внутрибрюшного давления происходит сжатие грыжевого кольца и эластическое сдавление (ущемление) содержимого грыжевого мешка — петель кишечника или сальника, наступает расстройство кровообращения в них. Расстройство кровообращения в тканях, образующих грыжу, ведет к омертвению их и перитониту. Такую грыжу называют ущемленной.

Симптомы, течение. Грыжа перестает вправляться, появляются сильные боли в области грыжевого выпячивания и в нижнем отделе живота, грыжевой мешок становится напряженным, резко болезненным. При ущемлении кишки происходит задержка стула и газов, напряжение и вздутие живота, рвота.

Лечение. Показана немедленная операция.

ДЕФОРМАЦИЯ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ. В норме у взрослого человека угол между шейкой бедра и диафизом бедренной кости равен приблизительно 127 °, у детей несколько больше. Под влиянием рахита и других патологических процессов этот угол может уменьшаться. Такая деформация носит название coxa vara. Если же этот угол увеличивается, то получается coxa valga.

Симптомы, течение. При деформации шейки бедренной кости отмечается хромота, вершина большого вертела выступает более резко, чем в норме, и стоит выше линии Розера — Нелатона. Кроме того, имеются поясничный лордоз и положительный симптом Тренделенбурга.

Лечение. У маленьких детей производят массаж, лечебную гимнастику, накладывают гипсовые повязки или лонгеты, фиксирующие конечность в положении отведения. У детей более старшего возраста и у взрослых показана операция.

ДЕФОРМАЦИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА. При рахите, детском параличе и травме развивается деформация коленного сустава, при которой угол между бедром и костями голени во фронтальной плоскости открыт кнаружи, а вершина его обращена внутрь, такое искривление называется genu valgum. Если угол между бедром и костями голени открыт внутрь, а вершина обращена кнаружи, то искривление называется genu varum.

Симптомы, течение. При genu valgum ноги в положении стоя при осмотре спереди представляются в форме буквы X. При сгибании ног в коленном суставе это искривление исчезает, относительное положение бедра и костей голени становится таким же, как в норме. При genu varum ноги искривлены в обратном направлении. При осмотре больного в положении стоя спереди ноги образуют фигуру, напоминающую букву О.

Лечение. При обоих видах деформации у маленьких детей применяют корригирующие гипсовые повязки и проводят общеукрепляющее лечение. У более старших детей, юношей и у лиц с законченным ростом скелета необходима операция.

ДИВЕРТИКУЛ ПИЩЕВОДА — мешкообразное выпячивание его стенки. Внутренняя поверхность стенки этого выпячивания покрыта слизистой оболочкой, непосредственно переходящей на нее со стенки пищевода.

Симптомы, течение. Небольшие дивертикулы пищевода протекают бессимптомно. Когда дивертикул достигает значительных размеров, появляется дисфагия. Вначале беспокоит отрыжка после приема пищи, а затем больные начинают испытывать чувство тяжести и застревания пищи в пищеводе, усиленное слюноотделение, срыгивание, неприятный запах и вкус во рту. При очень больших дивертикулах наблюдаются расстройства глотания, пища останавливается в пищеводе, возникает рвота. Точный диагноз ставят на основании данных рентгенографии. При этом отмечается, что контрастная масса, проходя по пищеводу, задерживается на определенном уровне, а после прохождения ее в желудок на этом месте остается контрастное пятно или вырисовываются контуры слепого мешка.

Лечение. При незначительных размерах дивертикула и при отсутствии расстройств глотания следует употреблять механически обработанную пищу, запивая ее какой-либо жидкостью. При значительных размерах дивертикула и расстройствах глотания необходима операция.

ЗАВОРОТ КИШЕЧНИКА — один из видов острой кишечной непроходимости — обусловлен поворотом вокруг оси участка кишки вместе с брыжейкой или в результате спаек брюшной полости.

Симптомы, течение. Внезапно появляются сильные боли в животе. Затем скоро возникает вздутие и асимметрия живота, неотхождение газа и кала. Общее состояние больного быстро ухудшается, черты лица заостряются, пульс становится частым, малого наполнения, АД падает, конечности становятся холодными, развивается тяжелая интоксикация. Больной подлежит немедленному направлению в хирургическое отделение.

Лечение. Срочная операция.

ЗАДЕРЖКА МОЧИ — патологическое состояние, при котором почки функционируют нормально, но образовавшаяся в почках моча не может выделиться наружу вследствие препятствий, расположенных в мочеточниках или мочеиспускательном канале, а также при некоторых заболеваниях нервной системы (паралич мышечных элементов стенки мочевого пузыря). Препятствием для оттока мочи могут быть: камни мочеточника, аденома или опухоли предстательной железы, сужение уретры вследствие рубцов, образовавшихся после воспалительных процессов в ней и после ранений, развивающиеся вблизи мочеточника опухоли, сдавливающие мочеточник и т. д.

Симптомы, течение. Задержка мочи может протекать остро и хронически. Хроническая задержка мочи наблюдается обычно при аденомах предстательной железы (см. *Аденома предстательной железы*). Острая задержка мочи происходит внезапно при ранениях, сопровождающихся разрывом мочеточника или уретры, при сдавлении мочеточников опухолями, случайной перерезки или перевязке их во время операции на органах малого таза.

Лечение оперативное. Устранение препятствия, вызвавшего задержку мочи.

ЗАДЕРЖКА ЯИЧКА. В норме у новорожденного оба яичка находятся уже в мошонке, а до VI—VII месяца внутриутробной жизни они располагаются еще в брюшной полости, около нижнего полюса почки, опускаясь постепенно вместе с ростом плода. При нарушении нормального развития одно или оба яичка к моменту рождения не успевают спуститься в мошонку и задерживаются на том или ином уровне (в полости живота, паховом канале или у наружного пахового кольца). Такая задержка в опускании яичка называется крипторхизмом.

Симптомы, течение. Во многих случаях задержка яичка не сопровождается субъективными неприятными ощущениями. Эту аномалию развития замечают родители. Но иногда она вызывает боли, усиливающиеся при ходьбе и подъеме тяжестей. Неблагоприятные условия положения яичка могут привести к расстройству сперматогенной функции, а иногда — к озлокачествлению.

Лечение. Показано хирургическое вмешательство — низведение яичка.

ЗАКУПОРКА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА может быть острой и хронической. Острая закупорка общего желчного протока обычно развивается в результате застревания желчного камня в нем или в области большого дуоденального сосочка. Хроническая закупорка общего желчного протока наблюдается при сдавливании протока опухолью поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки, воспалительным инфильтратом, рубцовыми изменениями после воспалительных процессов, камнем.

Симптомы, течение. Острая закупорка сопровождается острыми, схваткообразными болями в правом подреберье, иногда отдающими в правую лопатку и шею, рвотой, быстро развивающейся желтухой, повышением температуры тела. При хронической закупорке общего желчного протока желтуха не такая интенсивная и развивается медленно, постепенно, по мере нарастания воспалительных явлений, роста камня или увеличения сдавливающей проток опухоли. Больные жалуются на общую слабость, сильный зуд кожи всего тела, моча приобретает цвет пива, кал обесцвечивается.

Лечение. Иногда застрявший камень самостоятельно проходит в просвет кишечника. Но в большинстве случаев приходится прибегать к оперативному вмешательству.

ЗАУШНИЦА, ВОСПАЛЕНИЕ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПАРОТИТ. Инфекция чаще всего проникает из полости рта по протокам околоушной железы. Но иногда микробы попадают гематогенным или лимфогенным путем. Наблюдается это заболевание при плохом уходе за полостью рта у тяжелобольных и ослабленных после больших операций, при септических состояниях, тифах, пневмониях и т. д.

Симптомы, течение. Появляются боли в области околоушной железы, а затем припухлость, некоторое затруднение при раскрывании рта, сухость во рту, уменьшение отделения слюны, ухудшение общего состояния и повышение температуры.

Лечение. Частые полоскания (не следует очищать полость рта при помощи протирания языка и десен). Жевание сухарей с последующим выплевыванием, если больному запрещен прием пищи через рот, дача лимона или какого-либо сухого мягкого предмета, например резинки. В начальной стадии местно назначают грелки, согревающие компрессы, припарки, ультрафиолетовое облучение и т. д. При тяжелом течении паротита антибиотики в/м, сульфаниламидные препараты, в/в растворы глюкозы, плазмозаменителей. При отсутствии эффекта в течение 2—3 дней — оперативное вмешательство.

Профилактика. Санация зубов перед операцией и тщательный уход за полостью рта, особенно после операции.

ЗАЯЧЬЯ ГУБА — врожденная расщелина верхней губы. Чаще встречается у мальчиков. Губа раздвоена, обе половины отделены друг от друга более или менее глубокой бороздой. Щель может доходить вплоть до носового отверстия, но иногда она занимает только нижнюю часть верхней губы, а дальше кверху виден только белесоватый рубец или нормальная кожа. При наличии заячьей губы первые недели ребенка следует кормить сцеженным молоком матери при помощи соски. Соску нужно продвигать за корень языка.

Лечение. Только пластическая операция.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА — такая форма кишечной непроходимости, при которой одна кишечная петля внедряется в другую. Чаще всего наблюдается внедрение тонкой кишки в толстую, реже — тонкой в тонкую и толстой в толстую. Причиной инвагинации служат: нарушение иннервации на ограниченном участке кишечника, вызывающее расстройство перистальтики; длительные спазмы кишки на ограниченном участке; воспалительные изменения кишечной стенки; внутрикишечные опухоли или инородные тела.

Симптомы, течение. Заболевание обычно начинается внезапно и протекает бурно, сопровождаясь сильными, схваткообразными болями в животе. Схваткообразные приступы болей чередуются с кратковременными промежутками, в течение которых больной не испытывает боли. Во время приступа иногда бывает рвота. При пальпации живота во время приступа определяется умеренное напряжение брюшной стенки на довольно значительном протяжении. При пальпации живота во время светлого промежутка иногда можно обнаружить образование колбасовидной формы (инвагинат). При пальцевом ректальном исследовании определяется небольшое количество крови и слизи. Наблюдается задержка кала и газов (как при всех видах кишечной непроходимости).

Лечение. Срочная операция.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ. Чаще всего встречаются у детей. Дети часто берут в рот мелкие предметы (бусинки, камешки, монеты). При внезапном глубоком вдохе, приступе кашля, разговоре эти мелкие предметы могут попасть в дыхательные пути и там застрять. У взрослых инородные тела попадают в дыхательные пути, когда они вследствие дурной привычки или при выполнении той или иной работы берут в рот мелкие предметы (гвозди, булавки). Иногда в дыхательные пути попадают зубные протезы, если их не снимают на ночь или перед операцией, производимой под общей анестезией.

Симптомы, течение. У взрослых выяснить наличие инородного тела не представляет труда. У детей распознавание его труднее. Они обычно лишь плачут и сильно беспокоятся. Только выяснив обстоятельства, при которых внезапно появились эти явления, можно заподозрить инородное тело дыхательных путей. Срочное рентгенологическое исследование и бронхоскопия позволяют обнаружить инородное тело.

Лечение. Срочная бронхоскопия и удаление инородного тела.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА МЯГКИХ ТКАНЕЙ. В мирное время — это чаще всего занозы и иглы, осколки стекол, мелкие гвозди, в военное время — пули, осколки снарядов.

Симптомы, течение. При отсутствии инфекции мелкие инородные тела, застрявшие в мягких тканях, могут в течение долгого времени оставаться незамеченными. При инфицированных инородных телах возникают типичные признаки воспаления: боль, припухлость, краснота кожи и т. д.

Лечение. Глубоко расположенные инородные тела, не вызывающие воспалительных явлений и не причиняющие больному болевых ощущений, можно не удалять. При поверхностно расположенных и при возникновении воспаления вокруг глубоко сидящих инородных тел необходима операция удаления их.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. При катетеризации мочевого пузыря иногда отрываются кончики катетеров и бужей и остаются в нем. Кроме того, инородные тела попадают в мочевой пузырь при огнестрельном ранении. Нередко в мочевом пузыре обнаруживают различные предметы, попавшие туда при онанизме (головные шпильки, карандаши и т. д.).

Симптомы, течение. Вокруг инородных тел образуются камни, в результате чего появляются симптомы, характерные для камней мочевого пузыря.

Лечение. Удаление камней при помощи операционного цистоскопа или оперативным путем.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА. Чаще всего в пищевод попадают и застревают в нем мясные и рыбьи кости, реже — зубные протезы.

Симптомы, течение. Больные обычно сами рассказывают, как во время еды они проглотили кость и после этого почувствовали боли, затруднение и болезненность при глотании, слюнотечение. Точный диагноз ставят с помощью рентгенологического исследования и эзофагоскопии.

Лечение. Удаление инородного тела во время эзофагоскопии. При неэффективности ее показана эзофаготомия.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ — чаще всего у больных это обломки рези-

новых или стеклянных наконечников, застрявших выше сфинктера при выполнении лечебных процедур. Значительно реже инородные тела попадают в прямую кишку при падении на острые, легко ломающиеся предметы.

Симптомы, течение. Боли в области прямой кишки, обостряющиеся при попытке к дефекации, выделение крови и слизи из заднего прохода. Наличие инородного тела в прямой кишке, а часто и характер его без особого труда устанавливают при пальцевом ректальном исследовании.

Лечение. Извлечение инородного тела пальцем, при помощи ректоскопа или оперативным путем.

ИСКРИВЛЕНИЕ I ПАЛЬЦА СТОПЫ — отклонение ногтевой фаланги I пальца кнаружи, в то время как I плюсневая кость и плюснефаланговое сочленение отходят кнутри. Чаще наблюдается у женщин. Причины: поперечное плоскостопие и ношение узкой обуви на высоких каблуках. Отклонение I пальца бывает настолько сильным, что он часто располагается на II пальце стопы. Слизистая сумка области плюснефалангового сочленения с внутренней стороны часто воспаляется.

Лечение. При незначительном искривлении — ношение рациональной обуви или ортопедической обуви (коррекция поперечного плоскостопия). При выраженной деформации показана операция.

КАМНИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. Образованию их способствуют: употребление питьевой воды, богатой минеральными солями, застой мочи в пузыре, инфекция и инородные тела. Камни мочевого пузыря называются первичными, а камни почек, спустившиеся в мочевой пузырь, называются вторичными. Форма и химический состав камней разнообразны.

Симптомы, течение. Главными признаками являются боли, расстройство мочеиспускания и изменение характера мочи. Боли наблюдаются в конце мочеиспускания, а также при ходьбе и сильном физическом напряжении, у мужчин они отдают в головку полового члена, у женщин — в мочеиспускательный канал. Мочеиспускание становится учащенным, в моче появляется кровь и иногда мочевой песок. Точный диагноз ставят при цистоскопии.

Лечение. Обильное питье, диета в зависимости от химического состава мочевых камней. Камнедробление с последующими промываниями пузыря. Оперативное удаление камней в настоящее время производят редко.

КАРБУНКУЛ. Гнойно-некротическое воспаление группы сальных желез и волосяных мешочков. Карбункул чаще бывает одиночным. Его развитию способствуют истощение, тяжелые общие заболевания, болезни обмена веществ (диабет, ожирение). Возбудители: стафилококк, реже стрептококк или смешанная инфекция. В толще кожи и в подкожной жировой клетчатке развивается воспалительный инфильтрат. Вследствие отека и расстройства кровообращения образуются участки некроза, сливающиеся в один участок омертвения, который в дальнейшем подвергается расплавлению и отторжению.

Симптомы, течение. Чаще карбункул бывает на задней поверхности шеи, в межлопаточной и лопаточной областях, в области поясницы, ягодиц, реже — на лице. Появляется покраснение кожи с поверхностной пустулой, быстро увеличивающееся в размерах. При пальпации резкое напряжение тканей, болезненность. Кожа затем приобретает багровый цвет. Истонченный эпидермис над очагом некроза в некоторых местах прорывается, образуется несколько отверстий, из которых выделяется густой зеленый гной. Через отверстия видны некротизированные ткани.

Температура тела повышается до 40 °С, значительная интоксикация, тошнота, рвота, головная боль, потеря аппетита. Эти явления особенно резко выражены при карбункуле лица. Из осложнений отмечаются лимфангит, лимфаденит, тромбофлебит, гнойный менингит, сепсис. Дифференциальную диагностику проводят с сибиреязвенным карбункулом.

Лечение. Срочная госпитализация в хирургическое отделение. В начале развития карбункула применяют обкалывание очага раствором пенициллина по 200 000—450 000 ЕД ежедневно в течение 2—3 дней. Показаны токи УВЧ. На поверхность карбункула накладывают асептическую повязку. Строгий постельный режим (нельзя даже разговаривать), жидкая молочно-растительная пища, обильное питье, в/м антибиотики, сульфаниламидные препараты по схеме. Безуспешность консервативного лечения и нарастающая интоксикация служат показаниями к оперативному лечению. Операция заключается в широком вскрытии и удалении нежизнеспособных тканей. Рану тампонируют. Через 2—3 дня производят смену тампонов. При карбункуле лица лечение консервативное. При карбункулах у больных, страдающих диабетом, необходима инсулинотерапия. Большое значение имеет хороший уход за больным.

КОНТРАКТУРА — ограничение подвижности сустава, обусловленное патологическими изменениями в мягких тканях, которые связаны с функцией данного сустава. Если сустав находится в положении сгибания, контрактура называется сгибательной, разгибания — разгибательной, приведения — приводящей, отведения — отводящей, ротации — ротационной контрактурой. Степень нарушения функций сустава и диапазон движений в нем характеризует тяжесть контрактуры. Контрактуры делятся на врожденные и приобретенные. Врожденные контрактуры обусловлены недоразвитием мышц (кривошея), суставов (косолапость) и кожи («плавательные перепонки»). Эти контрактуры встречаются редко. Наиболее часто наблюдаются приобретенные контрактуры. Они делятся на травматические, воспалительные, паралитические, дистрофические и фиксационные. При контрактуре вначале поражается какая-либо одна ткань. В дальнейшем патологический процесс захватывает остальные ткани, прилегающие к суставу. В зависимости от первично пораженной ткани контрактуры делят на артрогенные, дерматогенные, десмогенные, миогенные, неврогенные и сухожильные. Если кон-

трактура развивается вследствие повреждения на производстве, говорят о профессиональной контрактуре.

Артрогенная контрактура возникает после внутри- или околосуставных переломов костей, вывихов, ушиба сустава и дисторзии. Наблюдается часто у больных с острыми и хроническими заболеваниями суставов. Нередко контрактура развивается и в здоровом суставе, если он расположен вблизи патологического очага, при длительной иммобилизации гипсовой повязкой. Например, при переломе костей голени в результате длительной гипсовой иммобилизации может наступить тугоподвижность, а затем и контрактура коленного и голеностопного суставов. В этих случаях говорят о так называемых иммобилизационных контрактурах. Наиболее подвержены контрактурам мелкие суставы (суставы пальцев кисти, иммобилизация их в течение 12—18 дней может привести к контрактуре).

Дерматогенная контрактура возникает после ожогов кожи (термических или химических). Особенно часто она наблюдается у детей в виде стягивающих грубых келоидных рубцов кожи. Дерматогенная контрактура может также образоваться вследствие дефектов кожи после механической травмы с последующим изъязвлением ее.

Десмогенная контрактура — сморщивание подкожной клетчатки после воспалительных процессов. Так, после тяжелой флегмонозной ангины может наступить кривошея.

Миогенная контрактура развивается после повреждений мышц или перенесенных острых и хронических заболеваний (миозит). Эти контрактуры могут наблюдаться также при остром нарушении кровообращения в мышцах (ишемия), после длительного сдавливания конечностей гипсовой повязкой или перетягивания жгутом. Этот вид контрактуры является смешанным — миогенно-неврогенным, так как при этой патологии страдают не только мышцы, но и нервные стволы.

Неврогенные контрактуры возникают при вялых и спастических параличах на почве травмы или воспалительного процесса, а также (редко) на фоне истерии.

Контрактуры на почве параличей или парезов мышц обусловлены кровоизлиянием в мозг или заболеванием ЦНС. При заболеваниях спинного мозга они проявляются на нижних конечностях. При некоторых заболеваниях ЦНС наблюдаются контрактуры всех четырех конечностей.

Рефлекторные контрактуры наблюдаются при огнестрельных ранениях конечностей. Они обусловлены длительным раздражением чувствительных волокон нервов. Это ведет к постоянному повышению тонуса мышц, к фиксированному положению конечностей.

Контрактуры на фоне истерии характерны тем, что при сведении мышц конечность принимает, как правило, положение, свойственное произвольному сокращению мышц. Они быстро исчезают при проведении даже одного сеанса психотерапии.

Условнорефлекторная контрактура развивается на фоне функционально-приспособительных или компенсаторных реакций. Например, при укорочении нижней конечности больной удлиняет ее за счет подошвенного сгибания стопы и упирается на периферический отдел стопы (конская стопа). Перекос таза и связанное с ним развитие сколиоза (искривление позвоночника) наблюдается при неодинаковой длине нижних конечностей.

Профессиональные контрактуры развиваются в связи с выполнением определенной работы у лиц, длительно подвергающихся воздействию профессионального вредного фактора. Они могут быть обусловлены острой и хронической травмой.

Ожоговые контрактуры чаще всего наблюдаются у лиц, работающих на химических производствах, у кочегаров, плавильщиков, литейщиков и т. д. Контрактуры, развивающиеся после резаных ран, бывают преимущественно у резчиков, закройщиков, сапожников (бывают миогенного, тендогенного и неврогенного характера). У грузчиков образуются контрактуры после разрыва затылочных или поясничных мышц. У футболистов могут наблюдаться контрактуры после разрыва ахиллова сухожилия.

Контрактуры, обусловленные хронической травмой, в виде статического сколиоза в результате длительного асимметричного положения туловища, возникают у наборщиков, швей, скрипачей; кифозы — вследствие длительного согнутого положения при выполнении работы; контрактуры пальцев кисти (так называемая скрюченная рука) наблюдается у плотников, плетельщиков корзин, землекопов и др. вследствие длительного привычного захватывания кистью орудия труда. Продолжительные движения пальцев кистей могут привести к профессиональным тендовагинитам, с последующим исходом в контрактуру, что нередко наблюдается у пианистов и скрипачей при перетренировках.

Сухожильные контрактуры развиваются при травме сухожилий с последующим образованием рубцовых спаек или дефектов сухожилий. Сухожильные контрактуры могут также возникать после воспалительных процессов сухожилий и сухожильных влагалищ.

С и м п т о м ы, т е ч е н и е. При хронических патологических процессах образование контрактур происходит медленно, а при острых — быстро. Если контрактура развилась в детстве, то конечность отстает в росте. Диагноз ставят на основании клинической картины, а причину, вызвавшую ее, устанавливают с помощью анамнеза и данных обследования больного.

Л е ч е н и е консервативное и оперативное. Применяют физиотерапевтические процедуры, лечебную гимнастику, массаж, механотерапию и различные способы бескровного исправления положения конечности. Упражнения надо проводить дозированно (вначале пассивные движения, а затем переходят к активным). Рекомендуется энергично массировать ослабленную группу мышц и очень поверхностно — группу мышц-антагонистов. При вялых параличах вначале назначают гальванизацию, а затем уже переходят к другим процедурам.

Термические процедуры надо начинать с тепловых ванн (температура 36—37 °С). После этого с большой осторожностью переходят к парафино- и грязелечению. Восстанавливают движения в суставах вытяжением при помощи блоков, через которые перекидывается тяж, или на шине Белера, или на приспособленных шинах с тягой.

При повышенной упругой сопротивляемости тканей пользуются насильственным растяжением тканей [постоянное вытяжение и редрессации (насильственное бескровное выпрямление, исправление порочного положения)].

Для устранения контрактуры пальцев кисти используют аппарат, который прикрепляют к предплечью. Он имеет форму лиры. Пальцы к аппарату фиксируют при помощи резиновых стяжек.

При контрактурах туберкулезного происхождения применяют этапную редрессацию под наркозом с наложением гипсовых повязок. После 2—3 редрессаций можно получить вполне удовлетворительное положение конечности.

Оперативное лечение показано при застарелых контрактурах, не поддающихся консервативному исправлению. При дерматогенных контрактурах показана операция. Производят рассечение и иссечение рубцово-измененной кожи, насильственное исправление деформации и пересадку кожи на рану. Широко применяют при лечении контрактур пластические операции (удлинение мышц, сухожилий, укорочение их, высвобождение сухожилий из рубцов, пересадка сухожилий). При больших дефектах сухожилий в настоящее время пользуются консервированными тканями.

При спастических контрактурах применяют невролиз — высвобождение нерва из окружающих рубцовых тканей, или пересечение нервных веточек. При контрактурах, обусловленных вялыми параличами, применяют различные корригирующие операции на костях. При неравномерной длине ног производят иссечение сегмента бедра удлиненной конечности или удлинение укороченной конечности (операции остеотомии). Оперативное устранение контрактур сочетается с физио-механо- и бальнеотерапией.

Профилактика заключается в адекватном и своевременном лечении основного заболевания. При повреждениях костей и суставов конечность следует фиксировать в правильном положении. После снятия гипсовых повязок необходимо назначить лечение: лечебную гимнастику, массаж, ванны, электрофорез и т. д. При воспалительных и паралитических поражениях иммобилизацию проводят с учетом функционально выгодного положения конечности (при фиксации плечевого сустава нужно отвести плечо на 60°. Для локтевого сустава наиболее выгодным является сгибание его под углом 90°, для пальцев кисти — полусогнутое положение их и отведение I пальца, для коленного и тазобедренного суставов — выпрямленное положение ноги).

Дерматогенная контрактура может быть предупреждена ранней кожной пластикой. При повреждениях сухожилий необходимо добиться своевременного восстановления их целости и последующего проведения адекватного лечения. Функциональные контрактуры могут быть предупреждены ношением рациональной корригирующей ортопедической обуви.

Прогноз. Чем раньше начато комплексное лечение, чем моложе больной и легче протекал основной процесс болезни, вызвавший контрактуру, тем благоприятнее прогноз.

Контрактура голеностопного сустава (конская стопа) — порочное положение стопы, при котором больной может наступать только на пальцы и дистальный конец стопы. Развивается при параличе разгибателей стопы или при спастическом сокращении сгибателей. У детей конская стопа наблюдается после полиомиелита, при болезни Литтла, у взрослых может образоваться при длительной фиксации стопы гипсовой повязкой, наложенной в неправильном положении, и при лечении вытяжением без соответствующего приспособления для фиксации ее в положении под прямым углом к оси голени. Она может развиться после ранений, вызывающих укорочение ахиллова сухожилия.

Лечение. При паралитической конской стопе у детей применяют консервативное ортопедическое лечение этапными повязками, физиотерапевтическими процедурами, направленными на укрепление мышц и восстановление иннервации, ношение ортопедических аппаратов. При отсутствии эффекта от ортопедического лечения как у детей, так и у взрослых применяют пластические операции (пересадка сухожилий, артродез).

КОНТРАКТУРА ДЮПЮИТРЕНА — ограничение движений в межфаланговых суставах кисти вследствие рубцового сморщивания поверхностного ладонного апоневроза, а затем и сухожилий сгибателей пальцев.

Симптомы, течение. Вначале появляются четкообразные утолщения под кожей ладони по ходу сухожилий одного или нескольких пальцев (чаще IV). Затем постепенно начинается сведение пальцев и ограничение движений в межфаланговых суставах.

Лечение. В начальной стадии теплые ванны, парафиновые аппликации, массаж, систематическая лечебная гимнастика, аппликации ронидазы, рентгенотерапия. При отсутствии эффекта — оперативное лечение.

КОСОЛАПОСТЬ. Симптомы, течение. Искривление стопы, при котором больной опирается не на подошву, а на наружный край стопы, внутренний же край приподнят и обращен вверх, образуя выраженную вогнутость. Кожа наружного края стопы резко утолщена, покрыта мозолями, а кожа на подошве — нежная, тонкая.

Различают косолапость врожденную и приобретенную. Причины врожденной косолапости еще недостаточно выяснены. Приобретенная косолапость чаще развивается после полиомиелита, иногда — после неправильного наложения повязок при переломах и вывихах.

Лечение. Врожденная косолапость может быть излечена консервативными методами — выпрямлением стопы и фиксацией ее в правильном положении при помощи этапных повязок, начиная с первых дней или недель после рождения. Если такое лечение не было

проведено, то происходят грубые и стойкие изменения, которые требуют уже пластических операций.

КРИВОШЕЯ — косое положение головы с наклоном ее в одну сторону и поворотом лица в другую сторону и несколько вверх. Развивается вследствие врожденного укорочения грудинно-ключично-сосцевидной мышцы или рубцового изменения после воспалительных процессов в ней, а также при образовании обширных рубцов на коже после ожогов.

Лечение. Пластическая операция.

КРИПТОРХИЗМ. См. *Задержка яичка.*

КРОВОТЕЧЕНИЕ — выхождение крови из кровеносных сосудов через поврежденную стенку при механическом воздействии на нее (разрезы, уколы, разрывы, ушибы) или при разрушении ее (гнойное воспаление, некроз, опухоль). Различают кровотечение артериальное, венозное, капиллярное и паренхиматозное. В зависимости от того, куда изливается кровь, кровотечение бывает наружным или внутренним.

Кровотечение артериальное. Кровь выбрасывается сильной струей в виде дуги или фонтана, толчками, одновременно с систолой сердца. Цвет вытекающей крови — ярко-красный. Сдавление артерии выше места повреждения останавливает кровотечение.

Лечение. Различают временную остановку кровотечения, которую производят немедленно, до того как больной будет доставлен в лечебное учреждение, и окончательную остановку кровотечения, которую производит врач.

Для временной остановки кровотечения на конечностях, шее и голове артерию прижимают выше места повреждения к подлежащей кости. Прижатие производят в определенных анатомических точках. Наиболее важными точками являются: паховый сгиб (непосредственно под пупартовой связкой бедренную артерию прижимают к горизонтальной ветви лонной кости); подколенная ямка (останавливают кровотечение из артерий голени); внутренний край двуглавой мышцы плеча (прижимают плечевую артерию для остановки кровотечения из артерии руки); выше ключицы — внутренний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы (прижимают общую сонную артерию для остановки кровотечения из артерий головы).

Для временной остановки кровотечения из артерий нижних и верхних конечностей накладывают жгут — это круговое перетягивание конечности резиновым жгутом выше места повреждения артерии. *Правила наложения жгута.* Жгут накладывают по возможности ближе к месту ранения, положив под него материю. Конечность несколько приподнимают, жгут растягивают и обматывают несколькими турами вокруг конечности. Конечность должна стать бледной, пульсация на периферических артериях — отсутствовать. Слабо наложенный жгут усиливает кровотечение. Жгут можно держать не более $1—1^1/_2$ ч. Должно быть отмечено время наложения. Жгут нельзя закрывать повязками и одеждой.

Закрутка — платок или широкая лента, накладываемая на конечность выше места кровотечения, сначала свободно, а затем закручиваемая вставленной в петлю палкой, дощечкой или другим предметом до тех пор, пока остановится кровотечение.

Окончательная остановка кровотечения. Самым надежным способом является перевязка сосудов лигатурой. Края раны разводят, кровоточащий сосуд захватывают кровоостанавливающим зажимом и перевязывают шелковой, кетгутовой или капроновой нитью. В тех случаях, когда трудно найти место повреждения сосуда, перевязку артерии производят выше места ее повреждения. Если трудно наложить лигатуру, производят обкалывание окружающих тканей с захватом кровоточащего сосуда. Можно остановить кровотечение при помощи электрокоагуляции.

Кровотечение венозное. Кровь из поврежденной вены льется непрерывно, имеет темный цвет. Кровотечение останавливается путем прижатия сосуда ниже места ранения. При поднятии конечности вверх кровотечение уменьшается или останавливается.

Лечение. Для временной остановки венозного кровотечения конечность поднимают вверх и на рану накладывают давящую повязку.

Кровотечение капиллярное. Кровь поступает как из губки. Цвет крови темно-красный.

Лечение. В здоровых тканях капиллярное кровотечение обычно останавливается самостоятельно. Оно оказывается опасным при заболеваниях, сопровождающихся понижением свертываемости крови. В этих случаях, кроме местных средств (давящая повязка, тампонада с раствором адреналина или перекиси водорода), необходимо применять средства, повышающие свертываемость крови.

Кровотечение паренхиматозное. При ранениях паренхиматозных органов (печень, селезенка, почки и т. д.) одновременно повреждаются мелкие артерии, вены и капилляры, поэтому кровотечение носит характер смешанного. Сосуды паренхиматозных органов не могут полностью сократиться, так как тесно связаны с паренхимой их, поэтому кровотечение обычно бывает продолжительным и с трудом останавливается.

Лечение. Целесообразно применять средства, повышающие свертываемость крови: в/в 5—10 мл 10 % раствора хлорида кальция или внутрь 10 % раствор хлорида кальция по 1 столовой ложке 3—4 раза в день; п/к или в/м 20—40 мл сыворотки (противодифтерийной, противостолбнячной); переливание небольших количеств крови или плазмы; витамин К. Для окончательной остановки паренхиматозного кровотечения часто приходится производить операцию.

Кровотечение желудочно-кишечное наблюдается из расширенных вен пищевода, при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, раковых опухолях, брюшном тифе, туберкулезе и других заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Симптомы, течение. При язве желудка и двенадцатиперстной кишки иногда бывают профузные кровотечения, когда кровь в большом количестве выделяется через рот

(рвота «кофейной гущей»). Но чаще наблюдается скрытое кровотечение, при котором кровь обнаруживается только при микроскопическом исследовании каловых масс. При кровотечении из верхних отделов кишечного тракта кровь определяется макроскопически в виде дегтеобразного стула или по развивающимся явлениям малокровия: общая слабость, головокружение, бледность кожных покровов, сильная жажда, ослабление и учащение пульса, дыхания, падение АД. При кровотечении из прямой кишки выявляется неизмененная кровь в каловых массах.

Лечение. Полный покой. Применение средств, повышающих свертываемость крови. Экстренная транспортировка в лечебное учреждение. Часто приходится прибегать к оперативному вмешательству.

ЛИМФАДЕНИТ — воспаление лимфатических узлов. Возбудителями являются стафилококки, стрептококки, распространяющиеся по лимфатическим путям из расположенных поблизости очагов воспаления.

Симптомы, течение. Боль в области воспаленного лимфатического узла, припухлость, покраснение кожи. При пальпации определяются увеличенные, овальные, болезненные узлы, одиночные или целые группы их. При рано начатом лечении и ликвидации основного очага процесс подвергается обратному развитию. В более тяжелых случаях появляются симптомы общей интоксикации: повышение температуры, лихорадочное состояние, тяжелое общее состояние, а местно образуется абсцесс или флегмона.

Лечение. Постельный режим, местно грелка, мазевые компрессы, облучение лампой соллюкс и т. п. При признаках гнойного расплавления воспаленного узла или развитии флегмоны показана операция — вскрытие с последующим лечением, как при абсцессе.

ЛИМФАНГИТ — воспаление лимфатических сосудов, чаще всего вызываемое стафилококками и стрептококками, проникающими в просвет сосудов через поверхностные повреждения кожи (расчесы, царапины, фурункулы).

Симптомы, течение. Чувство напряжения, зуд и жжение вблизи того или иного поверхностного повреждения кожи. Отмечают покраснение кожи разлитого характера без четких границ, продольно идущие красные полосы. При пальпации определяют уплотненные тяжи, болезненные, соответствующие красным полосам на коже. Общее состояние больных ухудшается, температура повышается.

Лечение. Постельный режим. При лимфангите руки следует наложить шинную повязку, при лимфангите ноги — приподнятое положение конечности. Местно согревающие и мазевые компрессы. Сульфаниламидные препараты по схеме, антибиотики (с учетом чувствительности микрофлоры к ним). Лечение основного очага воспаления.

ЛИПОМА — доброкачественная опухоль, состоящая из жировой ткани. На ощупь поверхность опухоли гладкая, ровная, иногда дольчатая. Опухоль медленно растет и может достигать больших размеров.

Лечение. Небольшие липомы не причиняют больным никаких неприятных ощущений. Большие липомы, расположенные на открытых частях тела и вызывающие косметические нарушения, легко удалимы оперативным путем.

ЛОЖНЫЙ СУСТАВ — оставшаяся навсегда подвижность на месте бывшего перелома, обусловленная отсутствием костного срастания. Причинами образования ложного сустава являются: недостаточно тесное соприкосновение отломков между собой вследствие значительной потери костного вещества, большого смещения их и недостаточной репозиции; интерпозиция тканей (залегание между отломками мышц, сухожилий, апоневроза и других мягких тканей); отсутствие покоя из-за неправильной и недостаточной иммобилизации поврежденной конечности. Образованию ложного сустава способствуют все те заболевания, при которых резко понижается способность костной ткани к регенерации.

Симптомы, течение. Нарушение функции конечности, искривление при попытке произвести движение и ненормальная подвижность в области бывшего перелома.

На рентгенограмме: костная мозоль отсутствует, костно-мозговой канал на концах отломков закрыт, оба конца их атрофированы.

Лечение только оперативное.

МАСТОПАТИЯ — диффузное или узловое изменение ткани молочных желез, вызванное нарушением гормонального равновесия в организме (расстройства менструального цикла, аборты, заболевания яичников воспалительного характера, мелкокистозное их перерождение и т. д.). Чаще всего это заболевание развивается у молодых женщин.

Симптомы, течение. Набухание, боли, парестезии в области молочных желез в предменструальный период. Иногда имеются выделения из сосков серозной или сукровичной жидкости. При пальпации желез определяются мелкие узелки и увеличенные дольки, слегка болезненные при надавливании. При узловой форме мастопатии прощупываются более крупные очаги уплотнения неправильной или чечевичнообразной формы с неровной поверхностью, чувствительные при пальпации и давлении и которые изменяются по форме и величине в различные периоды менструального цикла.

Лечение. При диффузной мастопатии наблюдение и лечение гинекологических заболеваний. Запрещаются физиотерапевтические тепловые процедуры, массаж, облучение кварцевой лампой и загорание. Применяются растворы хлорида кальция, йодида калия внутрь, а также гормонотерапия. При узловой форме, в тех случаях когда гормонотерапия не дает эффекта, производят операцию — секторальную резекцию молочной железы.

МЕДИАСТИНИТ — воспаление клетчатки средостения. В большинстве случаев развивается вторично — инфекция попадает по лимфатическим путям из воспалительных очагов в соседних органах (флегмоны шеи, остеомиелит ребер, язвы, повреждения и распадающиеся опухоли пищевода).

Симптомы и течение. Общее недомогание, озноб, повышение температуры тела, одышка, чувство давления и боли за грудиной. Быстро развивается тяжелая общая интоксикация.

Лечение должно быть направлено на ликвидацию основного заболевания, послужившего причиной медиастинита. Возможно раннее и широкое вскрытие и дренирование пораженной области с активной аспирацией и промыванием. Применение антибиотиков, сердечных средств, обильное парентеральное введение жидкостей, заменителей плазмы и крови.

МОЧЕИСПУСКАНИЕ (РАССТРОЙСТВА). Заболевания почек, мочевого пузыря, мочеточников и мочеиспускательного канала сопровождаются расстройствами мочеиспускания. Они выражаются учащением позывов на мочеиспускание, болезненностью при мочеиспускании, увеличением суточного количества мочи (полиурия), недержанием мочи (см. *Недержание мочи*). Может наблюдаться уменьшение выделения мочи или полное прекращение выделения ее (анурия). Задержка мочеотделения может быть обусловлена и препятствием в мочевыводящих путях (см. *Задержка мочи*).

НЕВРОМА — опухолевидное разрастание осевоцилиндрического отростка и нервных оболочек на конце перерезанного нервного ствола. Особенно часто такие разрастания бывают после ампутации конечностей.

Симптомы, течение. Сильные боли, обостряющиеся при давлении и даже легком прикосновении к концу культи. При осторожной пальпации иногда удается обнаружить под кожей небольшие плотные, очень болезненные узелки или одну круглую опухоль величиной от булавочной головки до размеров вишневой косточки. Кожа на вершине культи истончена, мышцы атрофированы.

Лечение. Введение химически чистого этилового спирта в периферический отрезок нерва, на конце которого имеется неврома. Если болевые ощущения не проходят, то показана операция — иссечение невромы и обработка конца поврежденного нерва этиловым спиртом или раствором формалина.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ — такое состояние, при котором больной не чувствует позывов на мочеиспускание и моча вытекает непроизвольно. Недержание мочи может быть постоянным или только по ночам (см. *Нервные и психические болезни. Ночное недержание мочи*). Полное постоянное недержание мочи наблюдается при органических заболеваниях ЦНС.

Лечение. При полном недержании мочи необходимо установить основное заболевание и проводить его лечение.

НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА — полная невозможность продвижения содержимого кишечника вследствие непреодолимого препятствия, возникшего на том или ином уровне кишечной трубки. Различают две основные ее формы: а) динамическая кишечная непроходимость; б) механическая кишечная непроходимость.

Динамическая кишечная непроходимость развивается в тех случаях, когда резко нарушается двигательная функция кишечной стенки. Это происходит в результате выраженного спазма кишки на ограниченном ее участке — спастическая непроходимость — или, наоборот, паралича кишечной стенки — паралитическая непроходимость.

Механическую непроходимость также разделяют на две формы: обтурационную и странгуляционную. Обтурационная кишечная непроходимость — препятствие для продвижения содержимого кишечника расположено внутри кишечной трубки и закупоривает ее (опухоль, инородное тело, клубок глистов и т. д.). При этом брыжейка, ее кровеносные сосуды и кровообращение по ним остаются ненарушенными, вследствие чего питание кишечной стенки сохраняется и омертвение ее не наступает.

Странгуляционная кишечная непроходимость — просвет кишки закрывается вследствие сдавления кишки и ущемления ее рубцовыми перемычками и тяжами, образовавшимися в брюшной полости после слипчивого перитонита, операций, при сдавлении петли или ее брыжейки в ущемленной грыже и т. д. При этом часто нарушается кровообращение на значительном отрезке кишки.

Симптомы, течение. Самым частым признаком кишечной непроходимости является сильная, схваткообразная боль в животе. При странгуляционной непроходимости боли имеют особенно острый характер, наступают внезапно и носят перемежающийся характер. На высоте схваткообразных болей можно заметить перистальтику кишечных петель.

При обтурационной непроходимости боли развиваются постепенно и обычно не такие интенсивные. Определяются асимметрия живота и симптом Валя. Часто бывает рвота. Вначале рвотные массы содержат остатки съеденной пищи, а в дальнейшем появляется примесь желчи, грязно-желтого цвета жидкость с неприятным каловым запахом. Задержка отхождения газов и отсутствие стула — очень важный признак. Происходит вздутие живота.

При обтурационной непроходимости на высоте схваткообразных болей можно прослушать урчание и кишечные шумы. Полное отсутствие звуков при выслушивании живота указывает на наступление паралича. Общее состояние обычно быстро ухудшается: черты лица заострены, язык сухой, пульс частый. Развивается картина перитонита. Температура в начале заболевания обычно нормальная. Диагноз уточняют с помощью рентгенологического исследования. При рентгеноскопии выявляются характерные уровни — чаши Клойбера.

Лечение. Прежде всего больному ставят сифонную клизму, проводят паранефральную блокаду, п/к вводят 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата. Если при этом не происходит выделения газов и каловых масс и не наступает улучшения в состоянии больного, то он должен быть срочно госпитализирован в хирургическое отделение.

НОГОТЬ ВРОСШИЙ. На I пальце стопы довольно часто наблюдается врастание ногтя в кожу ногтевого валика и образование маленького изъязвления. Это сопровождается значительными болями, затрудняет ходьбу.

Лечение. При незначительном развитии воспаления вокруг вросшей части ногтя назначают теплые ванны, мазевые повязки и рекомендуют носить просторную обувь из мягкого материала. При значительном воспалительном процессе необходима операция — удаление ногтевой пластины с выскабливанием ногтевого ложа. Иногда проводят дермопластику ногтевого ложа.

НОМА — омертвение слизистой оболочки кожи щеки, вызванное гнилостной инфекцией. Развивается чаще всего у резко истощенных, плохо питающихся и ослабленных детей.

Симптомы, течение. На слизистой оболочке или коже появляются несколько пузырьков, наполненных мутно-кровянистой жидкостью. Быстро нарастает отек, а затем наступает некроз тканей на значительном протяжении щеки. Общее состояние больного резко ухудшается, быстро развиваются явления тяжелой общей интоксикации и сепсиса.

Лечение. Сульфаниламидные препараты по схеме, большие дозы антибиотиков, противогангренозные и противодифтерийная сыворотки. Проводят в полном объеме борьбу с интоксикацией. Ротовую полость и изъязвившуюся поверхность орошают 3 % раствором перекиси водорода или раствором перманганата калия. Вводят в/в 40 % раствор глюкозы. По мере образования демаркационной линии происходит отторжение омертвевших участков.

ОЖОГ. Патологические изменения тканей, происходящие под воздействием на них высокой температуры (выше 55—60°С). Развиваются дегенеративно-некротические изменения в коже и подлежащих тканях на различную глубину. В зависимости от глубины поражения кожи различают 4 степени ожога. Кроме степени, большое значение в оценке тяжести поражения имеет площадь, пораженная ожогом.

Симптомы, течение. Ожоги I степени. В момент ожога появляется острая жгучая боль, затем быстро наступают резко выраженное покраснение и припухлость кожи. Через 2 — 3 дня боли стихают, краснота бледнеет. Поверхностные слои эпидермиса на 4 — 5-й день слущиваются и отторгаются, и ожог проходит бесследно.

Ожог II степени — кожа поражается до сосочкового слоя. Вначале развиваются те же изменения, что и при ожоге I степени, но вслед за этим образуются пузыри с прозрачным серозным содержимым. Вскоре жидкость становится мутной и напоминает студенистую массу. Через 3 — 4 дня пузыри лопаются. Если не происходит инфицирования, то ожоговая поверхность эпителизируется на 7—10-й день без образования рубца. При осложнении ожога инфекцией на обожженной поверхности кожи развивается грануляционная ткань. После заживления часто образуются рубцы. Для ожогов III степени характерен некроз кожи с образованием струпа. После отторжения струпа постепенно развивается грануляционная ткань, а затем более или менее плотный рубец. Рубцы в области сустава могут привести к контрактуре, которая резко ограничивает движения в нем.

При обширных ожогах наблюдается тяжелая общая интоксикация организма. Ожоги $^1/_3$ поверхности тела вызывают угрожающие для жизни явления. Ожог $^1/_2$ поверхности тела почти всегда ведет к смерти.

Ожог IV степени характеризуется обугливанием ткани на большую глубину с захватом мышц и даже костей.

При формулировке диагноза указывают не только степень и анатомическую локализацию поражения, но и площадь ожога в процентном соотношении к общей поверхности тела. Наиболее просто определять площадь ожога по «правилу девяток». Согласно «правилу девятки», у взрослого человека поверхность головы и шеи составляет 9 % общей поверхности тела, одна рука — 9 %, одна нога — 18 %, передняя поверхность туловища — 18 %, задняя поверхность туловища — 18 %, половые органы и промежность — 1 %.

Лечение. При ожогах I степени достаточно смазать обожженную поверхность любым жировым веществом или припудрить антисептическим порошком. При ожогах II степени применяют различные методы лечения. При закрытом методе лечения на обожженную поверхность накладывают повязки с той или иной мазью. При открытом методе лечения обожженную поверхность оставляют открытой, больного укладывают на стерильную простыню, над ним устанавливают каркас, покрывают этот каркас стерильной простыней и для согревания больного зажигают несколько электрических лампочек, прикрепленных к каркасу. Больным назначают обильное питье, делают капельные клизмы, вливания изотонического раствора хлорида натрия, 5 % раствора глюкозы, плазмозаменителей. Обязательно введение противостолбнячной сыворотки.

Существует несколько методов обработки ожоговой поверхности. В настоящее время рекомендуется ранняя хирургическая обработка и пересадка кожи. Ожог может быть вызван не только термическим фактором, но и химическими (крепкие кислоты и щелочи) веществами и радиационными поражениями.

Ожог пищевода наблюдается в тех случаях, когда случайно (по ошибке) или намеренно (с целью самоубийства) выпивают раствор кислоты (серной, азотной, хлористоводородной и др.) или щелочи (каустическая сода).

Симптомы, течение. Жгучая боль по ходу пищевода и в подложечной области, сильное слюнотечение, рвота. Через 3—4 дня острые явления стихают, больной получает возможность принимать жидкую и полужидкую пищу. В дальнейшем начинается процесс рубцевания на поврежденных участках пищевода, появляются симптомы дисфагии.

Лечение. Первая помощь при химическом ожоге пищевода заключается в назначении наркотиков (морфин, пантопон, промедол). Применяют обильное питье: при ожогах кислотами — жженая магнезия, известковая

вода и другие слабые щелочные растворы, а при ожогах щелочами — слабые растворы лимонной или уксусной кислот. Подкожно или в/в вводят растворы глюкозы, изотонический раствор хлорида натрия. В дальнейшем (не ранее 5-го дня после ожога) — систематическое бужирование. Бужирование производит врач.

ОРХИТ — воспаление яичка. Развивается при переходе воспаления с придатка яичка или при попадании инфекции из отдельных воспалительных очагов при различных инфекционных заболеваниях (тиф, паратиф, туберкулез, паротит и др.).

Симптомы, течение. Боль в области яичка, повышение температуры, ухудшение самочувствия и общего состояния. При пальпации яичка — болезненность и уплотнение его, гиперемия кожи мошонки.

Лечение. В остром периоде постельный режим. Местно холод, внутрь сульфаниламидные препараты по схеме, антибиотики. По миновании острых явлений — тепло (грелка, согревающий компресс), ношения суспензория. При образовании гнойника — оперативное вмешательство.

ОСТЕОМИЕЛИТ — воспаление костного мозга с поражением элементов кости. Может возникнуть вследствие открытых повреждений, когда нарушается целостность кожи, мышц, надкостницы (травматический остеомиелит), или гематогенным путем из отдаленных воспалительных очагов (гематогенный остеомиелит).

Остеомиелит гематогенный. Встречается преимущественно у детей. У взрослых гематогенный остеомиелит бывает редко. У детей грудного возраста источником остеомиелита может быть пупочный сепсис.

Возбудители — стафилококк, стрептококк, микобактерия туберкулеза и др.

Острый гематогенный остеомиелит может поражать любую кость скелета человека. Но чаще всего процесс локализуется в длинных трубчатых костях, реже — в плоских и коротких костях. В трубчатых костях наиболее часто поражается метафиз и диафиз. Проникновение возбудителя в кровь при гематогенном остеомиелите может происходить самыми различными путями.

Симптомы, течение. Заболевание, как правило, начинается внезапно высоким подъемом температуры и появлением неопределенной локализации болей в одной из конечностей. При тяжелой интоксикации могут быть потеря сознания, иногда судороги, сердечно-сосудистая недостаточность.

Первые 2 сут боль в конечности носит крайне резкий характер. В ряде случаев конечность находится в вынужденном положении. В мягких тканях пораженной кости быстро нарастает отек, он может достигать значительных размеров. Кожа напряжена, отмечается повышение местной температуры. Гиперемия кожи появляется после прорыва абсцесса в мягкие ткани, при пальпации определяется подкожная флюктуация. В последующие дни температура держится высокой, без значительных колебаний. Общее состояние больного остается тяжелым. Отмечаются явления интоксикации: головная боль, недомогание, боль во всем теле, потеря аппетита, жажда. При образовании метастатических гнойных очагов в других костях, внутренних тканях или органах общее состояние больного резко ухудшается. В крови высокий лейкоцитоз, повышенная СОЭ, падение содержания гемоглобина, сдвиг белой формулы влево.

При местной форме остеомиелита температура держится на менее высоких цифрах, боль носит локальный характер в конечности. После прорыва гнойника состояние больного быстро улучшается, температура снижается, процесс принимает хроническое течение. К осложнениям острого гематогенного остеомиелита относятся септицемия и септикопиемия.

Диагноз остеомиелита не представляет больших трудностей. Он основан на типичном анамнезе, характерной клинической картине. Однако нужно помнить, что начальные изменения в костях рентгенологически определяются только на 3-й неделе от начала заболевания.

Лечение. Все больные острым остеомиелитом подлежат госпитализации. Лечение больных с гематогенным остеомиелитом проводят комплексно: антибиотиками с одновременным хирургическим вмешательством и общеукрепляющими средствами в сочетании с покоем пораженной конечности.

Остеомиелит хронический. Симптомы, течение. Переход острого гематогенного остеомиелита в хронический характеризуется улучшением общего состояния, снижением температуры, исчезновением болей. Однако пораженный участок остается отечным, конечность утолщена, функция ее полностью не восстановлена. На местах произведенных разрезов или прорыва гноя формируются свищи, сообщающиеся с костью. Наружное отверстие свища невелико и окружено участками грануляции. Из свища постоянно в небольшом количестве выделяется гной. Свищ закрывается только после удаления или отхождения секвестра. Иногда свищи временно закрываются, но при задержке гноя в мягких тканях появляется боль и повышается температура. Затем свищ открывается снова. На рентгенограмме определяется типичная картина уплотнения отдельных участков кости с наличием секвестра.

Лечение. В начальном периоде продолжается антибиотикотерапия и общеукрепляющее лечение. При обнаружении секвестров, поддерживающих хроническое воспаление, показана операция — удаление секвестров, грануляций и некротических тканей.

Остеомиелит огнестрельный — нагноение в зоне огнестрельного повреждения кости. Некроз кости при огнестрельном остеомиелите бывает обычно первичным вследствие нарушения питания костных осколков, лишенных связи с надкостницей и мягкими тканями. Эти некротические участки кости инфицируются и представляют собой секвестры, подлежащие удалению.

Симптомы, течение. Высокая температура, вялое течение огнестрельной раны, обильное гнойное отделяемое, нередко быстро нарастающее малокровие и истощение ранено-

го. На рентгенограммах определяются костные отломки, отслойка надкостницы в виде бахромы и замедленное образование костной мозоли. При хроническом огнестрельном остеомиелите наряду с мощным образованием костной мозоли наблюдаются секвестры и свищи, ведущие в секвестральную полость, что отчетливо видно рентгенологически при фистулографии. Несмотря на срастание переломов, периодически открываются свищи с обильным гнойным отделяемым.

Лечение комплексное. Применяют антибиотики, общеукрепляющее лечение и хирургическое удаление секвестра.

Профилактика — ранняя первичная хирургическая обработка огнестрельных переломов костей с последующим вправлением отломков, иммобилизацией, антибиотики местно и в/м. Огнестрельный остеомиелит удлиняет сроки лечения огнестрельных переломов, ухудшает функциональные результаты, способствует образованию контрактур и анкилозов.

ОСТРЫЙ ЖИВОТ — собирательное название, объединяющее общие клинические признаки, свойственные многим острым заболеваниям и повреждениям органов брюшной полости (острый аппендицит, прободение язвы желудка, острый холецистит, острая кишечная непроходимость, внематочная беременность, перитонит, травма и т. д.). Несмотря на разнообразие причин, имеются общие клинические признаки, свидетельствующие о катастрофе в брюшной полости, когда показана срочная операция.

Симптомы, течение. Внезапные острые боли в животе (постоянные или схваткообразные) или в одном из его отделов, тошнота, рвота. Резко выраженное напряжение мышц живота. Часто наблюдаются задержка стула, прекращение отхождения газов, отсутствие кишечной перистальтики. Болезненность при пальпации живота и положительный симптом Щеткина — Блюмберга. В дальнейшем быстро развивается тяжелое общее состояние больного: выраженная интоксикация, общее беспокойство, малый частый пульс, бледность, холодный, липкий пот, заостренные черты лица («лицо Гиппократа»).

Лечение. Немедленная операция, даже при неустановленном диагнозе.

ОТМОРОЖЕНИЕ возникает вследствие воздействия холода на тот или иной участок тела. Повышенная влажность, длительное воздействие низких температур, тесная обувь или одежда, приводящая к сдавливанию кровеносных сосудов, кровопотеря, переутомление и предыдущие отморожения могут способствовать отморожению или увеличивать степень поражения тканей.

Симптомы, течение. Вначале в результате спазма кровеносных сосудов кожа на отмороженном участке тела бледная, чувствительность понижена или отсутствует. Через некоторое время спазм кровеносных сосудов сменяется их расширением. Кожа приобретает ярко-красный цвет с синюшным оттенком. На отмороженном участке появляется небольшой отек, чувствительность восстанавливается, возникает чувство жжения, зуд. Через несколько дней все эти явления постепенно проходят, но остается повышенная чувствительность этого участка к холоду. Так протекает I степень отморожения. При отморожении II степени в тканях происходят более глубокие изменения. Вслед за признаками, характерными для I степени, на коже появляются пузыри, наполненные серозно-кровянистой жидкостью, кожа принимает багрово-синюшный цвет, развивается более сильный отек, чувствительность долго не восстанавливается. В течение длительного времени у больных сохраняется склонность к повышенной реакции на воздействие холода: чувство жжения, ползание мурашек, покалывание, зуд. Кожа длительное время остается синюшной.

При III степени отморожения поражаются более глубокие участки. В результате нарушения кровообращения и образования множественных тромбов в мелких сосудах наступает гангрена тканей. Клиническая картина характеризуется тем, что через несколько дней кожа на отмороженном участке темнеет, превращаясь в сухой струп. Затем по периферии образуются демаркационная линия и грануляционный вал, а расположенный к периферии от него участок высыхает, мумифицируется и постепенно отторгается.

Если омертвевают только поверхностно расположенные мягкие ткани, то такое отморожение называют отморожением III степени. Если же омертвение захватывает глубжележащие ткани, включая и кости, то такое отморожение классифицируют как отморожение IV степени. При этом развивается сухая или влажная гангрена дистальных отделов пораженной конечности.

Лечение. В первую очередь принимают меры для постепенного согревания отмороженного участка. Быстрое согревание может вызвать множественные тромбы мелких сосудов и способствовать развитию омертвения. Наиболее рациональным мероприятием является применяемое издавна растирание (не очень сильное) до появления признаков активной гиперемии. После покраснения кожи следует наложить асептическую повязку на отмороженный участок и укутать толстым слоем ваты или шерстяной материи. Больному дают теплый чай, вино, обеспечивают полный покой. Обязательно следует ввести противостолбнячную сыворотку.

Если, несмотря на принятые меры, через некоторое время появляются признаки отморожения II или III степени, то главное внимание обращают на предупреждение инфекции. Для этого накладывают асептические повязки (сухие или с мазями и эмульсиями). После появления демаркационной линии при отморожениях III и IV степени производят удаление некротических участков.

Профилактика. Строгое соблюдение мер защиты от холода: ношение одежды и обуви, соответствующих погоде; ношение непроницаемой для воды свободной обуви, позволяющей надевать две пары носков или портянок; принятие мер для устранения потливости ног.

ПАНАРИЦИЙ — все виды гнойного воспаления пальцев кисти. Различают следующие формы панариция: кожный; подкожный; ногтевой; костный; суставной. Возбудители гнойного воспаления пальцев проникают в ткани через небольшие повреждения кожи при уколах, занозах, трещинах, царапинах и т. д.

Панариций кожный — гнойный процесс локализуется между эпидермисом и сосочковым слоем кожи.

Симптомы, течение. Боль на ограниченном участке пальца. При осмотре виден небольшой пузырек, наполненный желтоватым гноем или мутной, кровянистой жидкостью.

Лечение. Пузырь вскрывают, удаляют весь отслоившийся эпидермис и накладывают мазевую повязку.

Панариций подкожный — гнойное воспаление подкожной клетчатки той или иной фаланги.

Симптомы и течение. Резкая пульсирующая боль в области пораженной фаланги. При осмотре отмечается разлитая припухлость, покраснение кожи, ограничение движений в дистальном и проксимальном межфаланговых суставах. Палец находится в полусогнутом положении, давление и даже прикосновение к воспаленной фаланге очень болезненны.

Лечение — показана срочная операция — разрез с последующим применением антисептических мазевых повязок.

Панариций ногтевой — гнойное воспаление в области околоногтевого ложа.

Симптомы, течение. Локализованная боль в области ногтя, усиливающаяся при давлении на него. После прорыва гноя сбоку или со стороны ногтевого ложа образуются грануляции. Если не произвести вовремя операцию, то процесс примет затяжной характер.

Лечение — в течение 2—3 дней теплые ванночки с содой и влажные повязки с антисептическими растворами. Если боли не стихают, то следует сделать операцию — частичное или полное удаление ногтевой пластины. Затем масляно-бальзамические повязки.

Панариций костный — гнойное воспаление костной фаланги пальца (одной или двух). Чаще процесс переходит с мягких тканей.

Симптомы, течение. Боли носят нестерпимый характер. Припухлость увеличивается, палец принимает согнутое положение, движения в межфаланговых суставах становятся почти невозможными. После прорыва гноя наружу образуются свищи. На рентгенограмме: разрежение и секвестрация кости.

Лечение. Своевременное оперативное вмешательство. Если образовался секвестр, то производят удаление его и выскабливание полости. В запущенных случаях удаляют пораженную фалангу с последующим открытым лечением раны. Иммобилизация тыльной лонгетой.

Панариций сухожильный (см. *Тендовагинит гнойный*) — гнойный процесс сухожильного влагалища. В дальнейшем может распространиться в синовиальные мешки области возвышения I пальца и V пальца или до уровня головок II и IV пястных костей. Скопление гноя в сухожильном влагалище может привести к некрозу сухожилия.

Симптомы, течение. Равномерная значительная припухлость всего пораженного пальца, сильные боли при малейшей попытке произвести движения в суставах пальца, палец находится в положении легкого сгибания, резкая болезненность по ходу всего сухожильного влагалища.

Лечение. Операция с вскрытием сухожильного влагалища.

Панариций суставной — воспаление межфалангового сустава (при уколах) или при переходе его с пораженной гнойным процессом фаланги.

Симптомы, течение. Резкая боль, усиливающаяся при движении пальца. Палец веретенообразно утолщен в области пораженного межфалангового сустава, краснота и отечность, положение пальца полусогнутое. На рентгенограмме — сужение суставной щели или полное ее исчезновение.

Лечение. Операция — вскрытие сустава двумя продольными разрезами по тыльно-боковой поверхности пальца. Промывание полости сустава антисептическими растворами. Гипсовая лонгета на палец.

ПАНКРЕАТИТ — воспаление поджелудочной железы. Различают острый и хронический панкреатит.

Острый панкреатит чаще наблюдается как вторичное заболевание вследствие перехода воспалительного процесса с других органов (воспаление желчного пузыря и желчных путей). В легких случаях панкреатита воспаление ограничивается только отеком ткани поджелудочной железы. Более тяжелые формы характеризуются очагами некроза железы с бурно развивающейся тяжелой клинической картиной. Это обычно панкреатиты, возникающие от проникновения желчи из желчного протока в панкреатический. Желчь активирует трипсиноген в трипсин, а последний обладает самопереваривающим свойством. При гематогенном или лимфагенном пути проникновения инфекции в железе могут возникать гнойники с обширными некрозами. Тогда клиническая картина характеризуется тяжелой интоксикацией вплоть до развития сепсиса.

Симптомы, течение. Катаральная форма — боли в верхней половине живота опоясывающего характера, тошнота, рвота.

При остром геморрагическом и некротическом панкреатите внезапно появляются сильные боли в эпигастральной области в левом подреберье, отдающие в спину и поясницу, рвота, иногда коллаптоидное состояние. Общее состояние больного тяжелое, он часто меняет положение в постели, возбужден. Температура может оставаться нормальной, но по мере нарастания процесса может повышаться, пульс частый. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины может не быть. В крови лейкоцитоз. В моче — резкое увеличение содержания диастазы. При панкреонекрозе уровень диастазы падает. Больные должны быть срочно госпитализированы в хирургическое отделение.

Лечение. Постельный режим, лед на живот, абсолютный голод, инъекции 0,1 % раствора атропина, паранефральная блокада, в/в капельно изотонический раствор хлорида натрия, трасилол от 20 000—25 000 ЕД. Если указанная терапия неэффективна, необходимо хирургическое вмешательство.

Профилактика вторичного, или реактивного острого, панкреатита заключается в своевременном лечении заболеваний желчного пузыря, язвенной болезни, ограничении питания, особенно жирной пищи.

Панкреатит хронический является во многих случаях последствием острого панкреатита. Для него характерны боли в верхней половине живота, диспепсические расстройства (отсутствие аппетита, ощущение тяжести и вздутие живота, метеоризм). Больные худеют. Может возникнуть вторичный диабет.

Лечение, профилактика. Боли купируют применением атропина, папаверина, эуфиллина. Компенсацию секреторной недостаточности проводят путем назначения больному панкреатина, желудочного сока, витаминов группы В и С. При обострении — постельный режим, строгий режим питания (исключение жиров, углеводов, специй).

ПАПИЛЛОМА — опухоль, состоящая из соединительнотканной основы, покрытая эпителием. Папилломы располагаются в гортани, в пищеводе, мочевом пузыре, на коже.

Симптомы, течение. Медленно растущая опухоль на ножке или достаточно широком основании. Папилломы внутренних органов могут давать кровотечение и нередко озлокачествляются.

Лечение. Оперативное удаление (иссечение или электрокоагуляция).

ПАРАНЕФРИТ — воспаление околопочечной клетчатки. Бывает первичным (при ранении поясничной области) или вторичным (при переходе инфекции с воспаленной почки, а также гематогенным путем, при занесении гноеродных микробов из других воспалительных очагов — фурункул, карбункул, панариций и т. д.).

Симптомы, течение. Острый паранефрит начинается бурно: внезапно повышается температура, озноб и другие симптомы общей интоксикации. В первые дни выраженных местных признаков заболевания не отмечается. Единственной жалобой может быть указание на тупые боли в области поясницы. Часто в это время ставят диагноз тифа, гриппа и других острых заболеваний. В последующие дни может появиться припухлость в поясничной области на стороне поражения. Характерно положение больного — нога на стороне поражения согнута в тазобедренном суставе, попытка выпрямить ее вызывает острые боли. При пальпации определяется болезненность в поясничной области (в углу между XII ребром и позвоночником). На рентгенограмме отмечается сглаженность контуров (плохая видимость) подвздошно-поясничной мышцы. Температура высокая (38—39°С), в крови лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево. Интоксикация.

При хронической форме паранефрита все симптомы выражены не так бурно и развиваются постепенно, иногда стушеваны клинической картиной основного заболевания.

Лечение. В начале заболевания назначают сульфаниламидные препараты по схеме, антибиотики, местно тепло. При установлении диагноза необходима срочная операция — вскрытие околопочечного пространства широким поясничным разрезом, дренирование его, мазевые и антисептические повязки.

ПАРАПРОКТИТ. Воспаление клетчатки вокруг прямой кишки. Инфекция проникает через поврежденные участки слизистой оболочки прямой кишки или через трещины заднего прохода. Гнойно-воспалительный процесс может локализоваться на отдельных ограниченных участках около прямой кишки или диффузно распространяться на значительном протяжении.

Симптомы, течение. Боли в области заднего прохода, усиливающиеся при дефекации и давлении. При осмотре отмечается припухлость около заднего прохода, покраснение кожи, иногда свищи. При пальпации определяется различной плотности болезненный инфильтрат вокруг заднего прохода, а при наличии свищей — небольшое выделение гноя. Пальцевое ректальное исследование резко болезненно, при этом пальпируется инфильтрат на одной из стенок прямой кишки. Заболевание может протекать с высокой температурой и явлениями интоксикации.

Лечение. При появлении первых признаков образования гнойника показана операция — вскрытие его, дренирование и рыхлая тампонада с антисептиками (мазь Вишневского). Лечение раны открытое.

ПАРАФИМОЗ. Ущемление головки полового члена при сдвигании крайней плоти за головку члена. Заболевание чаще развивается у больных, страдающих фимозом.

Симптомы, течение. Сразу же после ущемления появляются резкие боли в головке полового члена, болезненность и затруднение мочеиспускания. При осмотре головка полового члена резко отечна, синебагрового цвета. В поздних стадиях может наступить изъязвление.

Лечение. При небольшом отеке можно вправить головку полового члена за крайнюю плоть. В более тяжелых случаях показано рассечение ущемляющего кольца.

ПАРОНИХИЯ — воспаление околоногтевого валика. Причины — повреждение его в результате укола, отрыв заусеницы, маникюр, сделанные без соблюдения правил гигиены.

Симптомы, течение. Боль, припухлость и покраснение околоногтевого валика, небольшое выделение гноя, при ощупывании — болезненность.

Лечение. Вначале теплые содовые ванночки, влажные повязки с антисептическими растворами, спиртовые компрессы. Если такое лечение не дает эффекта, то производят операцию околоногтевого валика. Следует помнить о грибковом поражении.

ПАРОТИТ. См. *Заушница*.

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ. См. *Лечебные манипуляции и уход за больными.*

ПЕРЕЛОМ — частичное или полное нарушение целостности кости, вызванное воздействием на нее механической силы. Соответственно этому различают неполные и полные переломы. К частичным переломам относятся трещины и надломы. В зависимости от плоскости различают поперечные переломы, косые переломы, спиральные переломы, а также оскольчатые переломы — кость в области перелома раздробляется на несколько отломков.

Если кожа в области перелома не повреждена, говорят о закрытом переломе, если целостность кожи в области перелома нарушена, перелом считают открытым.

Симптомы, течение. В момент перелома появляется сильная боль, которая усиливается при малейшей попытке произвести движение поврежденной конечностью. При осмотре: выраженная деформация, искривление, выступ и впадина в области перелома. При пальпации поврежденной конечности определяется локализованная боль, наиболее выраженная при надавливании на линию перелома кости. Основным симптомом перелома является ненормальная подвижность по протяжению кости, а также костная крепитация — хруст при передвижении костных отломков. С помощью рентгенологического исследования точно устанавливают диагноз.

Лечение. Первая помощь на месте происшествия — хорошая фиксация поврежденной конечности готовыми шинами или повязкой с использованием находящихся под руками материалов (палки, доски, лубки, полосы плотного картона и т. д.). Фиксация создает максимальный покой области перелома, что предотвращает дальнейшую травматизацию мягких тканей острыми отломками костей и вторичное смещение отломков, а также уменьшает боль и, следовательно, возможность углубления болевого шока. Транспортная шина должна фиксировать не менее двух суставов, соединенных с местом перелома (выше и ниже места перелома). При переломах плечевой и бедренной костей необходима фиксация трех суставов (лучезапястный сустав при переломе плеча, голеностопный — при переломе голени). Если есть возможность, то при транспортировке больному обязательно вводят морфин. При открытых переломах во время транспортной иммобилизации попыток вправления не производить (даже если в ране видны отломки костей). На рану накладывают только стерильную повязку. При артериальном кровотечении накладывают жгут.

В лечебном учреждении после обследования пострадавшего в первую очередь производят репозицию (вправление) отломков, а затем накладывают соответствующую гипсовую лонгету. Для лечения переломов применяют различные методы лечения: шинные и гипсовые повязки, липкопластырное вытяжение, скелетное вытяжение, оперативное лечение при помощи разного рода швов, гвоздей, винтов, пластинок.

При наличии раны (открытый перелом) проводят первичную хирургическую обработку и лечение раны. Введение противостолбнячной сыворотки производят по общим правилам.

ПЕРИОСТИТ — воспаление надкостницы, развивающееся вследствие травмы, инфекции из расположенного вблизи воспалительного очага или заноса ее гематогенным путем из отдаленных воспалительных очагов.

Симптомы, течение. Боли в области пораженной кости, усиливающиеся при давлении на этот участок. При осмотре припухлость, а при ощупывании болезненность и шероховатость поверхности кости. На рентгенограмме видно утолщение, отслойка и разволокнение надкостницы.

Лечение. Полный покой для пораженной конечности, местно — тепло, мазевые компрессы. При образовании гнойника — операция (рассечение надкостницы и вскрытие гнойника).

ПЕРИТОНИТ. См. *Воспаление брюшины.*

ПИОНЕФРОЗ — гнойное воспаление почек. Развивается в тех случаях почечнокаменной болезни, когда в лоханке или в мочеточнике возникает механическое препятствие для оттока мочи, а инфекция, занесенная гематогенным путем из того или иного воспалительного очага, внедряется в ткань почки. При этом происходит образование мелких гнойничков, которые постепенно сливаются между собой в более крупные гнойные очаги. Инфекция может проникнуть и в здоровые до того почки.

Симптомы, течение. Внезапные сильные боли в поясничной области, повышение температуры и резкое ухудшение общего состояния больного. При пальпации поясничной области резкая болезненность, симптом Пастернацкого положительный на стороне поражения. Иногда можно прощупать увеличенную почку или большую, флюктуирующую опухоль. В моче большое количество лейкоцитов. При цистоскопии можно видеть выделение гноя из устья мочеточника.

Лечение. Раннее оперативное вмешательство. При одностороннем процессе удаляют пионефротическую почку. При двустороннем процессе приходится ограничиваться наложением мочеточникового свища.

ПЛОСКАЯ СТОПА (плоскостопие) — наиболее часто встречающаяся форма искривления стопы. При этой форме задняя половина стопы повернута кнаружи, а свод стопы опущен и уплощен.

Симптомы, течение. Быстрая утомляемость и тупая боль в стопе при ходьбе и длительном стоянии на месте. При осмотре: свод стопы резко опущен, внутренний край стопы почти на всем протяжении прилегает к полу. Это хорошо видно при смазывании подошвы чернилами. На листе белой бумаги остается отпечаток всей поверхности подошвы. Передний отдел стопы повернут кнаружи и расширен. По внутреннему краю стопы видны омозолелости. Больной стаптывает внутренний край каблука и подошвы обуви.

Лечение. Ношение супинаторов или специальной ортопедической обуви.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЗАКРЫТЫЕ наблюдаются при ударе по животу тупым, твердым предметом, падении на твердые предметы, сдавлении живота между буферами железнодорожного

вагона, переезде через живот транспорта и при других видах травм. Повреждению подвержены практически все органы брюшной полости.

Симптомы, течение. Боль в момент повреждения, резко выраженная бледность лица, общая слабость, учащение пульса. При пальпации живота определяется резкая болезненность и напряжение брюшной стенки, симптом Блюмберга — Щеткина, т. е. симптомы острого живота. Больной должен быть экстренно госпитализирован.

Лечение. Срочная операция.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА. При травмах позвоночника может повреждаться только связочный аппарат (растяжения и разрывы связок, вывихи позвонков) или происходят переломы тел, дужек, отростков позвонков, а также повреждения межпозвонковых хрящей (дисков).

Растяжения и разрывы чаще всего наблюдаются в шейном и поясничном отделах при сильном физическом напряжении, связанном с резким поворотом, сгибанием или разгибанием этих отделов позвоночника.

Симптомы, течение. В момент травмы возникает острая боль, подвижность позвоночника ограничивается, больной принимает вынужденное положение, попытка к движению резко усиливает боль. При осмотре: иногда припухлость и кровоизлияние на соответствующем участке спины. Необходима рентгенография для исключения перелома.

Лечение. Полный покой на щите, затем физиотерапевтические процедуры, массаж.

Вывих бывает почти исключительно в шейном отделе позвоночника.

Симптомы, течение. Суставные отростки вышележащего позвонка смещаются книзу. Голова больного в вынужденном положении, переменить которое больной не может. Рентгенологическое исследование позволяет точно установить место и характер вывиха.

Лечение заключается в вытяжении за петлю Глиссона или с помощью скобы за теменные бугры.

Перелом тела позвонка обычно возникает при падении с высоты на ноги, на голову и, значительно реже,— при очень резком сгибании туловища.

Симптомы, течение. Резкая боль в области поврежденного позвонка, усиливающаяся при поворачивании и сгибании туловища вперед и в стороны. При пальпации можно отметить более или менее заметный выступ на месте перелома и болезненность от давления. Точный диагноз ставят с помощью рентгенографии. Рентгенограммы следует делать в двух проекциях — прямой и боковой.

Лечение. Больного укладывают на жесткую ровную постель (щит под матрац) и устраивают вытяжение при помощи петли Глиссона. Если имеются симптомы повреждения спинного мозга и расстройства функции тазовых органов, необходим особенно тщательный уход за больным (туалет кожи, своевременное опорожнение мочевого пузыря).

Переломы остистых отростков, а также **переломы дужек** встречаются сравнительно редко. При этих переломах нередко наблюдается повреждение спинного мозга. Решающее значение для распознавания имеет рентгенологическое исследование.

Лечение. При наличии явлений сдавления спинного мозга необходима операция — ламинэктомия. При расстройстве функции тазовых органов применяют электростимуляцию. Во время транспортировки больного необходимо соблюдать особую осторожность. При перекладывании недопустимо сгибание в позвоночнике. На мягких носилках больного транспортируют только в положении на животе или на спине, но с подложенным щитом (лист фанеры, широкая доска). При переломе шейных позвонков больной может быть транспортирован на спине, с подложенной под плечи подушкой или с наложенным ватным воротником, укрепленным бинтом.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК бывают закрытыми и открытыми.

Закрытые повреждения почек возникают при ударах тупым оружием в область поясницы, при падении с высоты, переезде туловища какой-либо машиной, сдавлении туловища между буферами вагонов и т. д.

Симптомы, течение. Боли в области поясницы, нередко парез кишечника и появление в моче примеси крови. При хромоцистоскопии обнаруживают выделение крови из устья мочеточника на поврежденной стороне.

Лечение. Незначительная гематурия и хорошее общее состояние больного позволяют ограничиться консервативными мероприятиями: полный покой, лед на поясничную область, наркотики. Если кровотечение не прекращается или если с самого начала имеет место обильное выделение крови, то необходима операция. Характер и объем оперативного вмешательства зависит от найденных при операции изменений почечной ткани.

Открытые повреждения почки. Различают огнестрельные и колотые повреждения почки. При этом обычно происходит повреждение не только почки, но и других органов и тканей.

Симптомы, течение. В основном те же, что и при закрытых повреждениях почек, с той лишь разницей, что при этом можно наблюдать истечение мочи из раны.

Лечение. Эти повреждения опаснее закрытых и требуют срочного оперативного вмешательства.

ПРОБОДЕНИЕ ЖЕЛУДКА обычно является осложнением язвы или рака желудка.

Симптомы, течение. Внезапная острая (как удар кинжалом) боль в подложечной области, отдающая в спину и плечо. Больной находится в вынужденном положении, резкая бледность лица, холодный липкий пот, частый пульс. При пальпации живота определяется резко выраженное напряжение брюшной стенки (живот, как доска). При рентгеноскопии иногда виден газ под диафрагмой в виде серпа. Позже развивается парез кишечника, вздутие живота, появляются симптомы раздражения брюшины, а затем и общего разлитого перитонита.

Лечение. Срочная операция.

ПРОБОДЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ обычно наблюдается при желчнокаменной бо-

лезни, остром холецистите, раке желчного пузыря.

Симптомы, течение. Внезапное резкое ухудшение общего состояния, острые боли в правом подреберье, иногда шок. Быстрое развитие явлений общего перитонита.

Лечение. Срочная операция.

ПРОБОДЕНИЕ КИШЕЧНИКА обычно встречается как осложнение при брюшном тифе, туберкулезных язвах, иногда при других воспалительных процессах и при огнестрельных ранениях.

Симптомы, течение. Внезапно наступает резкое ухудшение общего состояния больного, появляются острые боли в животе. При пальпации резко выраженное напряжение брюшной стенки на всем протяжении, симптом Щеткина — Блюмберга. При брюшном тифе симптомы прободения резко стерты из-за тяжелого состояния больных.

Лечение. Срочная операция.

ПРОБОДЕНИЕ ПИЩЕВОДА наблюдается при проглатывании острых предметов (рыбьи кости, зубные протезы и т. д.), при неудачных операциях (эзофагоскопии, попытки удалить инородное тело).

Симптомы, течение. Тотчас после повреждения стенки пищевода появляется резкая боль за грудиной и в спине, усиленное слюноотделение, позыв на рвоту, болезненность и затруднение глотания. В дальнейшем (по мере развития воспалительного процесса в окружающих тканях) общее состояние больного ухудшается, температура повышается, быстро развиваются явления интоксикации и медиастинита.

Лечение. Срочная операция.

ПРОЛЕЖЕНЬ — омертвение мягких тканей на местах, которые находятся между выступающими частями скелета и поверхностью постели у ослабленных и тяжелобольных, долгое время находящихся в неподвижном состоянии в одном и том же положении. Чаще всего пролежень образуется на крестце, ягодицах, пятках, лопатках, а также при неправильно и туго наложенных циркулярных гипсовых повязках.

Симптомы, течение. На ограниченном участке кожи появляется более или менее резкое побледнение с синюшным оттенком, шелушение поверхностных слоев эпителия. Поверхностные слои кожи отторгаются, образуются небольшие, поверхностные изъязвления, а затем и более глубокие язвы. Некроз захватывает все большие участки, к этому присоединяется местная инфекция, развиваются явления интоксикации.

Лечение. Тщательный уход за больным. На постели не должно быть складок и неровностей, а в матраце комков. Ежедневные обтирания камфорным спиртом или одеколоном пополам с водой тех мест, которые подвергаются давлению. Больного следует каждые 2 ч поворачивать, назначают ванны, мазевые повязки, общеукрепляющее лечение.

ПРОСТАТИТ — воспаление предстательной железы. Чаще всего наблюдается гонорейный простатит вследствие проникновения инфекции из уретры. Реже другая инфекция попадает в железу гематогенным путем из отдаленных воспалительных очагов.

Симптомы, течение. Учащенное и болезненное мочеиспускание. В моче (в последней порции) видны гнойные нити в виде запятой. При ректальном пальцевом исследовании: предстательная железа несколько увеличена, плотная, слегка болезненная при надавливании. Если же образовался абсцесс, то на отдельных ее участках можно определить флюктуацию.

Лечение. Сульфаниламидные препараты, антибиотики, тепло на промежность, сидячие теплые ванны. При образовании абсцесса показана операция.

ПСЕВДОАРТРОЗ. См. *Ложный сустав.*

РАЗРЫВ МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА происходит при падении с высоты на выпрямленные ноги, при резком сгибании в коленном суставе и повороте голени кнаружи (чаще всего бывает у спортсменов).

Симптомы, течение. В момент травмы острая боль в области коленного сустава, затруднение при попытке согнуть коленный сустав. В дальнейшем больные жалуются на боли при ходьбе. При осмотре отмечается сглаженность контуров коленного сустава, болезненность при давлении по линии суставной щели, сгибательная контрактура коленного сустава. Для уточнения характера повреждения необходима пневмоартрография.

Лечение. В первые дни после травмы обычные лечебные мероприятия, как при всяком ушибе. При отсутствии эффекта и болях показана операция удаления мениска.

РАЗРЫВ СУХОЖИЛИЯ происходит при внезапном и чрезмерно сильном сокращении мышцы, а также при резаных ранах. Закрытые разрывы обычно наблюдаются в том месте, где мышца переходит в сухожилие и у места прикрепления сухожилия к кости.

Симптомы, течение. В момент травмы появляется резкая боль в области разрыва, вслед за тем нарушается функция соответствующей мышцы — больной не может произвести сгибание или разгибание в зависимости от того, сухожилие какой мышцы разорвано.

Лечение. Обнажение места разрыва сухожилия и пластическое сшивание его.

РАК — злокачественные опухоли эпителиального происхождения. Первичный рак может развиваться в организме человека там, где имеется тот или иной вид эпителия. Наиболее часто рак возникает в бронхах, легких, желудке, матке, молочных железах, пищеводе, кишечнике, коже. Характерной особенностью рака является безграничный рост. Раковая опухоль прорастает и разрушает окружающие ткани, а по лимфатическим путям переносится в другие органы, образуя в них новые раковые опухоли (метастазы). Метастазы могут возникать во всех без исключения органах.

Симптомы, течение очень разнообразны. Вот почему ранняя диагностика рака на сегодня остается актуальной. Но и после самых ранних и радикальных операций нередко наблюдаются рецидивы и метастазы. В последние годы лучшие результаты получе-

ны в тех случаях, когда раннее хирургическое удаление первичного ракового узла сочетают с применением лекарственных веществ (химиотерапия), обладающих способностью проникать во все ткани и органы и избирательно разрушать раковые клетки. Кроме того, эти виды лечения сочетают с рентгенотерапией и лучевой терапией.

Рак кожи лица. Вначале появляется небольшой плотный узелок или блестящая бляшка. Растет она медленно. На поверхности узелка или бляшки может образоваться небольшая язвочка, покрытая плотной корочкой. Больные срывают корочку, появляется незначительное кровотечение, и вскоре вновь образуется корочка. Значительно реже наблюдается другая форма рака кожи лица, так называемый кожный рог. Рак кожи протекает относительно доброкачественно. Своевременное оперативное удаление или чаще рентгенотерапия обычно дают полное излечение.

Рак губы обычно развивается в области наружной красной каймы.

Симптомы, течение. Вначале появляется небольшое уплотнение, не причиняющее больному неприятностей. Затем в центре этого уплотнения образуется небольшая язвочка, покрывающаяся нежной корочкой. Если больные срывают корочку, то появляется небольшое кровотечение, после остановки которого снова образуется корочка. Постепенно размеры узелка и язвы становятся больше. Затем происходит увеличение подчелюстных и подбородочных лимфатических узлов.

Лечение. При раннем лечении рак губы успешно излечивается. Только запущенные формы рака нижней губы заканчиваются неблагоприятным исходом.

Рак языка чаще всего возникает на краю заднего отдела.

Симптомы, течение. Вначале появляется небольшое уплотнение или язвочка. Под влиянием раздражения (острая, кислая, горячая пища) язвочка довольно быстро увеличивается, принимает кратерообразный вид. Вскоре присоединяется вторичная инфекция, распад ткани ускоряется.

Лечение. Хорошие результаты наблюдаются только при раннем комплексном лечении.

Рак молочной железы. Самая ранняя стадия рака молочной железы протекает бессимптомно. Больная случайно нащупывает в молочной железе узел, когда он уже достиг величины вишни или сливы. Иногда врач обнаруживает опухоль при обследовании больной по другому поводу.

Симптомы, течение. Первичный раковый узел обычно довольно хорошо контурируется, подвижен, безболезнен, плотный на ощупь, и только гистологическое исследование взятой при биопсии ткани позволяет поставить диагноз. По мере роста опухоли поверхность ее становится неровной и бугристой, а кожа над опухолью — менее подвижной, появляется симптом так называемой лимонной корки. Если опухоль расположена близко к соску, то отмечается его небольшое втяжение. В подмышечной впадине на этой же стороне появляются увеличенные плотные, безболезненные лимфатические узлы, обнаруживаются метастазы в отдаленных органах.

Лечение. Радикальная операция — основной метод лечения. Радикальную операцию сочетают с лучевой терапией, гормоно- и рентгенотерапией.

Рак легкого. Симптомы, течение. В начальной стадии развивается бессимптомно и обнаруживается случайно — при рентгеноскопии. В поздних стадиях появляется кашель, кровь в мокроте, одышка и боли в грудной клетке на стороне поражения, повторные пневмонии. При осмотре: отставание одной из половин грудной клетки при дыхании, появление притупления, усиление или ослабление дыхательных шумов. Позднее увеличиваются лимфатические узлы шеи (метастазы) и появляются симптомы сдавления верхней полой вены при прорастании в средостение (отек лица, цианоз, расширение подкожных вен шеи и головы) и симптомы пареза или паралича голосовых связок при вовлечении в процесс возвратного нерва (осиплость голоса). Диагноз ставят с помощью рентгенологического исследования.

Лечение. Излечение возможно при оперативном вмешательстве в ранних стадиях (лобэктомия, пульмонэктомия). В запущенных случаях показана лучевая терапия и химиотерапия.

Рак пищевода. Симптомы, течение. Больные жалуются на затруднение глотания сначала твердой, а потом полужидкой и жидкой пищи. Больной худеет, общее состояние постепенно ухудшается. Рентгенологическое исследование позволяет поставить точный диагноз.

Лечение. Резекция пищевода является радикальным методом лечения, если она произведена на ранней стадии заболевания. К паллиативным операциям относится наложение желудочного свища (для питания больного). Эффективна предоперационная рентгенотерапия.

Рак желудка. Симптомы, течение. Вначале развивается постепенно, бессимптомно. А если и имеются неопределенные жалобы, то их обычно принимают за хронический гастрит (тяжесть под ложечкой после еды, отрыжка, изменение вкуса, потеря аппетита, иногда тошнота и рвота). По мере роста опухоли в подложечной области при пальпации определяется более или менее ясно выраженная плотная, бугристая опухоль. Опухоль антрального отдела довольно рано проявляется рвотой спустя долгое время после приема пищи. Причем в рвотных массах можно обнаружить остатки пищи, съеденной несколько часов назад. Важное значение для диагноза имеет рентгенологическое исследование желудка, исследование желудочного содержимого и каловых масс, а также анализ крови.

Лечение. Показана ранняя и радикальная операция. При невозможности выполнить радикальную операцию производят паллиативную операцию. Затем проводят симптоматическое лечение.

Рак прямой кишки. Симптомы, тече-

ние. В начальной стадии заболевания больные не предъявляют никаких жалоб или жалуются на тупые боли неопределенного характера в заднем проходе и в нижнем отделе живота, некоторое затруднение при дефекации и иногда на выделение крови или кровянистой слизи с испражнениями. Часто эти симптомы принимаются за проявления геморроя. По мере роста опухоли эти жалобы становятся более определенными. Больной худеет, ухудшается общее состояние его. Пальцевое ректальное исследование позволяет обнаружить опухоль. Основным исследованием является ректороманоскопия с биопсией.

Лечение. Ранняя и радикальная операция в сочетании с химиотерапией и лучевым лечением.

РАНЫ. Раной называется всякое нарушение целости тканей организма, произведенное путем механического воздействия внешнего предмета. В зависимости от величины, формы и массы предмета, наносящего рану, раны делят на: 1) резаные, 2) рубленые, 3) колотые, 4) ушибленные, 5) размозженные, 6) рваные, 7) укушенные и огнестрельные.

Симптомы, течение. Зависят от степени повреждения тканей, степени загрязнения ее патогенными микробами, общего состояния организма и его естественных защитных сил (иммунологического состояния организма). Но в первый момент после ранения решающее значение имеют боль, кровотечение и зияние раны (расхождение краев раны).

Боль может быть совершенно незначительной, незаметной и, наоборот, такой сильной, что развиваются тяжелейшие явления травматического шока. Кровотечение тем интенсивнее, чем крупнее сосуды и чем больше сосудов повреждено. При ранениях очень крупных сосудов смерть наступает в течение 1—2 мин, при небольших повреждениях кровеносных сосудов кровотечение останавливается самостоятельно. Зияние раны зависит от того, какая ткань повреждена и как велика рана.

Лечение. В первую очередь необходимо установить силу кровотечения и его опасность для жизни. В соответствии с этим и принимаются те или иные меры для его остановки. Затем следует уменьшить боли и принять меры для защиты раны от инфекции. При небольших резаных и колотых ранах достаточно очистить кожу вокруг раны от загрязнения и наложить асептическую повязку. Для этого всю окружность раны очищают небольшим марлевым тампоном, смоченным в бензине, эфире или спирте, на волосистых участках тела, кроме того, сбривают волосы. Затем края раны смазывают 5—10 % настойкой йода, после этого накладывают асептическую повязку.

При более значительном зиянии раны и повреждении ткани при первичной обработке следует не только очистить окружность раны вышеуказанным способом, но и иссечь края раны, а затем наложить швы или простую асептическую повязку в зависимости от величины раны и ее глубины.

При ране с большой зоной повреждения требуется более сложная первичная обработка. После очистки кожи и окружности раны производят тщательное обследование самой раны. Края раны осторожно разводят стерильными крючками (ранорасширителями), удаляют все инородные тела, обрывки одежды, размозженные и оторванные участки тканей, свободно лежащие осколки кости. После этого иссекают края, обрабатывают рану тем или иным антисептическим веществом и рыхло тампонируют или дренируют.

При шоке прежде всего принимают меры для выведения пострадавшего из шокового состояния. Только после купирования шока выполняют то или иное оперативное вмешательство.

После первичной обработки раны, проводимой в операционной, обеспечивают полный покой поврежденному участку тела и назначают по показаниям средства, воздействующие на ЦНС и жизненно важные системы. Обязательно введение противостолбнячной сыворотки — 3000 АЕ (по Безредке).

Если в ране уже развился воспалительный процесс и имеется нагноение, после промывания раны раствором перекиси водорода следует удалить инородные тела и свободно лежащие оторванные участки тканей и в дальнейшем применять повязки с гипертоническим раствором хлорида натрия, растворами антисептиков (фурацилин) или с растворами антибиотиков (полимиксин М, грамицидин и др.). При обширном нагноении и наличии некротических тканей назначают на рану протеолитические ферменты (трипсин, химопсин). После очищения раны применяют мазевые повязки.

Ранения брюшной полости. Чаще всего бывают огнестрельные и колото-резаные раны брюшной полости.

Симптомы, течение. В момент ранения появляется резкая боль в области раны. Боль бывает такой сильной, что иногда развивается шок: бледность кожных покровов, лицо покрыто холодным потом, грудной тип дыхания, брюшная стенка не участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается болезненность в окружности раны, а через несколько часов после ранения — по всему животу. Пульс частый, малого наполнения. Быстро развивается картина перитонита.

Лечение — срочная операция.

Ранения грудной клетки. Чаще всего наблюдаются огнестрельные и колото-резаные раны грудной клетки. Различают непроникающие и проникающие ранения грудной клетки. При непроникающих ранениях повреждены только мягкие ткани и ребра грудной клетки, а плевральная полость остается неповрежденной. Такое ранение протекает, как всякое ранение поверхностно расположенных тканей. При проникающих ранениях повреждаются плевра и органы грудной полости. Клиническая картина различна и зависит от того, какой орган поврежден.

Ранения плевры. В тех случаях, когда ранена только пристеночная плевра, развивается пневмоторакс или гемоторакс. Пневмоторакс возникает обычно тогда, когда имеется небольшая рана плевры без повреждения более или менее крупных сосудов грудной стенки.

В полость плевры проникает снаружи только воздух и сдавливает легкое.

Симптомы, течение. Больной жалуется на затруднение дыхания, лежит на поврежденном боку, прикрывая рану. Общее состояние тяжелое, лицо бледное с синюшным оттенком. При перкуссии определяется высокий тимпанит, при аускультации — резкое ослабление дыхательных шумов или их отсутствие. При рентгенологическом исследовании обнаруживается спадение легкого.

Лечение. При оказании первой помощи необходимо прежде всего закрыть рану временной повязкой (липким пластырем, клеенчатой прокладкой из индивидуального пакета, любым другим материалом). Затем в экстренном порядке пострадавшего транспортируют в лечебное учреждение, где больному производят операцию. Она заключается в первичной обработке раны по общим правилам. Рану послойно зашивают.

Гемоторакс развивается в тех случаях, когда при ранении грудной стенки повреждаются межреберные, внутренняя грудная и ветви подключичной артерий. Кровь скапливается в плевральной полости, сдавливает легкое и вызывает раздражение плевры, вследствие чего образуется серозный экссудат, который присоединяется к излившейся крови.

Симптомы, течение. Жалобы больного те же, что и при пневмотораксе. Но при перкуссии определяется не тимпатический, а тупой звук, ослабление голосового дрожания. При диагностической пункции получают кровь. На рентгенограмме видно более или менее значительное скопление жидкости в плевральной полости.

Лечение. Тотчас после установления диагноза вводят п/к 1 мл морфина, 10 мл 10 % раствора хлорида кальция в/в, производят переливание 100 мл крови, обеспечивают раненому полный покой. При значительном скоплении крови в полости плевры необходимо произвести ее аспирацию и, не удаляя иглы, ввести антибиотики. Если эти мероприятия не дают эффекта, то показана операция — торакотомия.

Ранения сердца. При проникающих колоторезаных и огнестрельных ранениях грудной клетки может произойти повреждение сердца и крупных сосудов.

Симптомы, течение. Пострадавший испытывает сильную боль в области сердца и чувство страха смерти, беспокоен, жалуется на головокружение, одышку. При осмотре: резко выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, пульс частый, слабый, едва прощупывается. При перкуссии определяется расширение границ сердечной тупости, при аускультации — глухие тоны, иногда еле прослушиваемые. При рентгенологическом исследовании отмечается увеличение тени сердца, сглаженность контуров, ослабление пульсации сердца.

Лечение. Срочная операция.

Ранения черепа и мозга бывают проникающие и непроникающие. Проникающие ранения — когда повреждены твердая мозговая оболочка и вещество мозга. Непроникающие — когда твердая мозговая оболочка остается целой, а повреждены только мягкие ткани черепа (кожа, апоневроз, надкостница) или одновременно мягкие ткани и кости черепа.

Непроникающие ранения мягких тканей без повреждения костей черепа протекают легко и, как правило, без осложнений. При этих повреждениях достаточно произвести первичную хирургическую обработку раны и наложить швы.

Непроникающие ранения черепа с повреждением костей могут осложняться образованием субдуральной гематомы и остеомиелитом. При первичной обработке таких ран необходимо удалить осколки кости и наложить первичные швы.

Проникающие ранения черепа протекают различно в зависимости от того, как велико повреждение вещества мозга и какой участок его поврежден.

Симптомы, течение проникающих ранений черепа очень разнообразны. В одних случаях наступает моментальная смерть, в других — картина шока, сотрясения, ушиба или сдавления мозга. При всех видах проникающих ранений черепа необходимы срочная госпитализация пострадавшего в специальное нейрохирургическое или хирургическое отделение лечебного учреждения и операция.

РАСТЯЖЕНИЕ ИЛИ ЧАСТИЧНЫЙ РАЗРЫВ СВЯЗОК СУСТАВОВ происходит при чрезмерно сильных, не свойственных данному суставу движениях.

Симптомы, течение. В момент травмы появляется сильная боль в области сустава. Движения в суставе резко ограничены из-за усиления боли. При осмотре: припухлость и сглаженность контуров сустава. Движения в суставе возможны, но болезненны. На рентгенограмме можно заметить лишь некоторое расширение суставной щели или затемнение ее вследствие кровоизлияния в сустав.

Лечение. Полный покой в суставе, тугая повязка, первое время холод на область сустава. На 2—3-й день тепловые процедуры, теплые ванны, массаж. Гипсовую лонгету накладывают при значительном отеке.

САРКОМА — злокачественная опухоль соединительнотканного происхождения. Различают три основных типа сарком: круглоклеточная, веретенообразная, полиморфно-клеточная саркома. Развиваются саркомы из фасций, апоневрозов, надкостницы и других соединительнотканных образований.

Симптомы, течение. Внешний вид сарком разнообразен. Обычно это круглые, бугристые, овальные опухоли плотной консистенции. Для сарком характерен быстрый рост, они часто и рано дают метастазы. Наблюдаются преимущественно в молодом возрасте.

Лечение. Возможно излечение, если диагноз поставлен очень рано и операция произведена своевременно и радикально.

СВИЩИ. Свищом называется канал, через который выделяется жидкое содержимое глубжерасположенной полости. По своему характеру различают свищи, образовавшиеся вследствие того или иного патологического процесса, и свищи, получившиеся после хирурги-

ческой операции, произведенной с целью отведения содержимого того или иного полого органа.

Свищи гнойные. Гной, образовавшийся вследствие распада воспалительного очага, прокладывает себе путь кнаружи. Канал, через который гной вытекает наружу, после ликвидации воспалительного процесса обычно заживает. Но если воспалительный процесс не ликвидирован и в глубине тканей остается инфицированная полость иногда с секвестром (инородное тело), то этот канал не зарастает, а формируется гнойный свищ. Гнойные свищи часто образуются после слепых огнестрельных ранений, если пуля или осколок не были удалены оперативно, вокруг них развивается нагноение. Свищи возникают также при нагноении швов вокруг лигатур, разного рода инородных тел, костных секвестров, оставшихся в глубине тканей.

Лечение гнойных свищей состоит в удалении инородных тел, вокруг которых образовалась полость, в механической и химической очистке полости и иссечении канала свища.

Свищ желудочный. В тех случаях, когда по какой-либо причине радикальную операцию на пищеводе произвести нельзя (нарушение глотания при раке пищевода и сужения его после ожога), накладывают желудочный свищ. Эта операция называется гастростомией.

Свищи желчные образуются иногда после операций на желчных протоках. Для устранения их приходится производить повторные операции, объем которых определяется теми изменениями, которые возникли после первой операции.

Свищ мочевого пузыря накладывают при полной задержке мочи вследствие гипертрофии предстательной железы или сужений мочеиспускательного канала.

Свищи слюнные образуются после ранений слюнной железы и ее протока. При слюнных свищах во время еды происходит выделение слюны наружу, что ведет к значительному раздражению кожи.

Лечение. Необходима пластическая операция.

Свищи шеи врожденные. Различают срединные и боковые свищи шеи. Срединные свищи локализуются по средней линии между подъязычной костью и рукояткой грудины. Образуются вследствие незаращения эмбрионального протока щитовидной железы. Боковые свищи шеи возникают при незаращении эмбрионального протока вилочковой железы.

Лечение только оперативное.

СЕПТИКОПИЕМИЯ. При заражении крови гноеродными микробами или их токсинами, когда происходит срыв иммунных механизмов, развивается тяжелое заболевание — сепсис. Если при этом в крови обнаруживают большое количество микробов, то такое состояние называют септицемией. Если же такое состояние обусловлено не септицемией, а нахождением в крови только продуктов их жизнедеятельности — токсинов, то говорят о токсемии. Если общая интоксикация сопровождается образованием гнойных очагов в различных тканях и органах, то такое состояние называют септикопиемией.

Симптомы, течение. Высокая температура со значительными колебаниями и ознобами. Тяжелое общее состояние больного, частый пульс малого наполнения, резко выраженная общая слабость, иногда проливной пот, истощение больного. В крови высокий лейкоцитоз со значительным сдвигом белой формулы влево. Гнойные раны становятся вялыми, кровоточат, отделение гноя уменьшается, рана становится сухой.

Лечение. Основной гнойный очаг (или очаги), послуживший причиной общей инфекции организма, должен быть широко вскрыт, обработан антисептическими веществами и дренирован или тампонирован. Абсолютный покой и тщательный уход за больным. Внутрь назначают сульфаниламидные препараты по схеме, широко применяют антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности микрофлоры к ним. Вводят большое количество жидкостей (обильное питье, в/в и п/к вливания, капельные клизмы). Концентрированная, легко усвояемая, богатая витаминами пища (молоко, крепкий бульон, яичные желтки и т. д.), вино (коньяк, портвейн, шампанское), свежезаваренный чай с большим количеством сахара, лимон.

Профилактика. Своевременное и адекватное лечение различных острых гнойных процессов. Раннее оперативное лечение гнойных очагов и антибиотики.

СКОЛИОЗ. Боковое искривление позвоночника, выпуклость которого направлена вправо или влево. Различают сколиозы врожденные и приобретенные.

Приобретенные сколиозы делятся на ревматические, рахитические, паралитические, привычные (у детей, вынужденных сидеть за партами, не соответствующими их росту).

Лечение. При развившемся сколиозе применяют вытяжение с последующим ношением ортопедического корсета. В тяжелых случаях прибегают к оперативному вмешательству.

Профилактика заключается в систематически проводимой лечебной гимнастике и постоянном наблюдении за правильной осанкой детей в домашней обстановке и в школе.

СЛОНОВОСТЬ — хронически развивающееся утолщение кожи и подкожной жировой клетчатки, сопровождающееся резко выраженным застоем лимфы. Причиной хронического застоя лимфы являются часто повторяющиеся воспаления кожи и подкожной жировой клетчатки, рожа, лимфадениты, метастазы рака в регионарные лимфатические узлы.

Симптомы, течение. Вся конечность резко увеличивается в объеме, кожа утолщается, образуются грубые складки, на отдельных участках появляются экзематозные высыпания, корки.

Лечение. В начальных стадиях заболевания применяют тепловые процедуры, систематически легкий массаж, приподнятое положение конечности, эластическое бинтование. В тяжелых случаях рекомендуется оперативное лечение.

СПОНДИЛОЛИСТЕЗ — соскальзывание позвонка вперед и вниз. Чаще всего соскальзывает V поясничный позвонок с I крестцового.

Симптомы, течение. Боли в пояснице, усиливающиеся при стоянии и физическом напряжении. Точный диагноз устанавливают только при рентгенологическом исследовании (функциональные рентгенограммы в боковой проекции).

Лечение. При отсутствии эффекта от консервативной терапии и ортопедического лечения показано оперативное вмешательство — костнопластическая фиксация в крестцово-поясничном отделе позвоночника.

СУЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА — чаще всего наблюдается после ожогов пищевода выпитой щелочью или кислотой, а также при раке пищевода.

Симптомы, течение. Больные жалуются на затруднение при глотании пищи. Вначале затруднено глотание твердой, объемистой, плохо разжеванной пищи, а затем постепенно становится трудно проглатывать и жидкую пищу. В очень тяжелых случаях с трудом проглатывается даже вода. Больной худеет, испытывает чувство постоянного голода и жажды.

Лечение. В начальных стадиях рубцового сужения, развившегося после ожога пищевода, производят систематические бужирования. В тех случаях, когда сужение выражено очень резко, а бужирование невозможно, показано оперативное вмешательство — наложение желудочного свища или создание искусственного пищевода. При сужении пищевода на почве опухоли показана операция, при невозможности ее выполнения — наложение гастростомы.

СУЖЕНИЕ УРЕТРЫ развивается вследствие образования рубцов после ранения мочеиспускательного канала или после гонорейного уретрита.

Симптомы, течение. В начальной стадии больной отмечает, что струя мочи становится тоньше и мочеиспускание продолжается дольше. Затем при мочеиспускании приходится натуживаться, струя прерывается, мочиться приходится в несколько приемов. В очень тяжелых случаях мочеиспускание совсем прекращается, мочевой пузырь растягивается, моча непроизвольно начинает выделяться по каплям.

Лечение. В начальных стадиях проводят систематические бужирования. При очень тяжелых формах сужения и полной задержке мочи производят операцию наложения мочевого свища или пластику мочеиспускательного канала.

СУСТАВ БОЛТАЮЩИЙСЯ наблюдается при вялых параличах и некоторых заболеваниях ЦНС (сирингомиелия, сухотка спинного мозга), а также после обширной резекции сустава, когда связочный аппарат сустава резко ослаблен, а суставная капсула настолько растянута, что подвижность в суставе становится чрезмерной и пользование им затруднено.

Лечение. Применяются специальные ортопедические аппараты, фиксирующие сустав. В тяжелых случаях производят операцию артродеза.

СУСТАВ, ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ. Развивается вследствие попадания гноеродных микробов при ранении сустава и переносе их из других гнойных очагов.

Симптомы, течение. Острые боли в суставе, из-за которых движение в суставе становится очень болезненным и даже невозможным. Припухлость в области сустава, контуры его изменены, давление и даже легкое прикосновение усиливает боль. При пальпации определяется флюктуация. Общее состояние больного резко ухудшается, температура повышается, принимает гектический характер, появляются ознобы. В крови высокий лейкоцитоз.

Лечение. Полный покой пораженному суставу при помощи гипсовой повязки. Сульфаниламидные препараты по схеме, антибиотики. Если консервативное лечение неэффективно, показана операция (артротомия), а в запущенных случаях, когда разрушены суставные концы костей, экономная резекция сустава с последующим открытым лечением раны.

СУСТАВ, СЕРОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ. Наблюдается при внедрении гонококковой, пневмококковой и смешанной инфекции. Синовиальная оболочка набухает, отекает, появляется серозный выпот в полости сустава.

Симптомы, течение. Боли в области сустава и затруднение движений в нем. Контуры сустава сглажены, более или менее значительная припухлость, ограничение движений из-за болезненности, при пальпации — флюктуация.

Лечение. Полный покой для поврежденного сустава, местно мазевые повязки, грелки. Пункция сустава с аспирацией выпота и введение в полость его антибиотиков и антисептических средств.

СУСТАВНАЯ МЫШЬ. Оторвавшиеся при травме небольшие кусочки хряща или кости, ворсины суставной сумки и кровоизлияния в некоторых случаях организуются и превращаются в плотные свободно лежащие в полости сустава образования.

Симптомы, течение. Если суставная мышь свободно лежит в каком-либо завороте суставной сумки, то никаких неприятных ощущений больной не испытывает. Но если она попадает в суставную щель и ущемляется, то у больного внезапно появляется резкая боль в суставе, движения становятся болезненными или совсем невозможными. Диагноз иногда можно уточнить с помощью рентгенограммы.

Лечение оперативное — удаление суставной мыши.

ТЕНДОВАГИНИТ ГНОЙНЫЙ (см. *Панариций сухожильный*). Инфекция, вызывающая тендовагинит, может попадать в сухожильные влагалища непосредственно при колотых, резаных и огнестрельных ранениях или проникать сюда по лимфатическим сосудам из расположенных по соседству воспалительных очагов.

Симптомы, течение такие же, как при сухожильном панариции. Общее состояние больного довольно тяжелое, температура под-

нимается до 38—39° С. Часто наблюдаются осложнения в виде абсцесса межпальцевой перегородки и флегмоны тыла кисти. Иногда развивается остеомиелит фаланги.

Лечение. Возможно раннее вскрытие воспалительного очага.

ТЕНДОВАГИНИТ КРЕПИТИРУЮЩИЙ — воспаление сухожильного влагалища с образованием серозно-геморрагического или серозно-фибринозного выпота. Чаще всего поражаются сухожильные влагалища разгибателей голени, предплечья и пальцев под влиянием двигательных и однообразных движений у лиц физического труда.

Симптомы, течение. Болезненность при движении, характерный хруст (крепитация). Умеренная припухлость по ходу сухожилия.

Лечение. Покой при помощи гипсовой лонгеты, теплые ванны, грелки, мазевые компрессы, тепловые физиотерапевтические процедуры.

ТРЕЩИНА ЗАДНЕГО ПРОХОДА. Образуется у лиц, страдающих хроническими запорами, вследствие чрезмерного растяжения при прохождении во время дефекации твердого кала или мелких инородных тел, бывает острой и хронической.

Симптомы, течение. Боли во время дефекации и некоторое время после нее. При осмотре и пальцевом ректальном исследовании определяется спазм сфинктера, небольшой линейный дефект слизистой оболочки и болезненность.

Лечение. Диета, регулирующая стул, теплые сидячие ванны, микроклизмы с ромашкой или болотной сушеницей, свечи с белладонной, ихтиолом и новокаином. При упорных хронических трещинах показано хирургическое лечение.

ТРОМБОЗЫ. ЭМБОЛИИ. Тромбозы чаще образуются в венах. Причинами тромбоза могут быть заболевания, ведущие к изменению реактивности организма и к физико-химическим сдвигам в крови. Способствуют тромбозу повреждение сосудистой стенки, замедление кровотока и изменения в свертывающей системе крови. Оторвавшиеся участки тромба называются эмболами. Они могут закупорить сосуд, тогда говорят об эмболии. Чаще венозный тромб закупоривает легочные артерии. Кроме того, эмболию могут вызвать воздух и капли жира, попавшие в сосуд.

Симптомы, течение эмболии периферических артерий зависят от локализации и размеров эмбола. Возникает резкая боль, похолодание конечности; бледность кожи. При эмболии легочных артерий — резкая боль в груди, выраженная одышка, цианоз, быстро развиваются расстройства кровообращения, исчезает пульс, больной теряет сознание и наступает смерть.

Лечение. Радикальной операцией является эмболэктомия, которая производится в сосудистом отделении. При эмболии легочных артерий, а также эмболии периферических артерий конечности проводят лечение гепарином, стрептазой, кислородотерапию, сердечно-сосудистыми средствами.

ТРОМБОФЛЕБИТ — воспаление вены, к которому очень скоро присоединяется тромбоз. Развивается при стрептококковой и стафилококковой инфекции, замедлении тока крови, обусловленного теми или иными длительно действующими неблагоприятными моментами (заболевание крови с повышением ее свертываемости, повреждение сосудистой стенки).

Симптомы, течение. Тупые, тянущие боли в пораженной конечности. При осмотре: отечность конечности, красные полосы по ходу воспаленных подкожных вен, при пальпации они плотные и болезненные.

Лечение. Больного следует госпитализировать.

В последнее время показания для хирургического лечения тромбофлебитов с иссечением подкожной вены расширены. После операции бинтование эластическими бинтами конечности в течение 3—4 мес

ТУБЕРКУЛЕЗ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ развивается при заносе туберкулезной инфекции гематогенным путем из первичного туберкулезного очага. Заболевают преимущественно дети в первые 10 лет жизни. Поражаются туберкулезом чаще всего позвоночник и крупные суставы, но могут быть поражены и другие кости.

В большинстве случаев туберкулезный очаг локализуется в эпифизе суставного конца кости. Вначале образуется изолированный очаг, а затем происходит распространение процесса на суставные хрящи и синовиальную оболочку. В зависимости от того, какие части сустава поражены, различают синовиальную и костную формы туберкулеза.

При туберкулезном синовите, если рано поставлен диагноз и своевременно начато противотуберкулезное лечение, процесс быстро стихает. При несвоевременно начатом лечении процесс прогрессирует дальше, разрушая связочный аппарат и суставные концы костей.

При костной форме туберкулеза процесс начинается в губчатом веществе суставного конца костей и протекает различно. Иногда он ограничивается образованием полости, которая постепенно заполняется грануляциями. В других случаях процесс постепенно захватывает все новые и новые участки кости. Одновременно в процесс вовлекается сустав. Различают преартритическую фазу (до поражения сустава), артритическую — вторичный артрит, когда туберкулезный процесс с кости переходит на сустав, и постартритическую, когда процесс в суставе затихает и наступает более или менее длительная ремиссия.

Симптомы, течение. Характерными признаками костно-суставного туберкулеза являются: а) припухлость сустава; б) скопление в полости сустава серозного или серозно-фибринозного экссудата; в) атрофия мягких тканей пораженной конечности; г) боль и ограничение движений в суставе; д) мышечная контрактура; е) разрежение костного вещества, сужение или расширение суставной щели (на рентгенограммах) в зависимости от того, имеется или не имеется экссудат в полости сустава, ограниченные полости в кости с секвестрами в них.

Лечение проводят в противотуберкулезных диспансерах, специализированных больницах и санаториях. Лечение противотуберкулезными препаратами длительное, курсовое.

Туберкулез коленного сустава (гонит) наблюдается в 20—25 % случаев туберкулеза костей и суставов. Различают синовиальную и костную формы.

Симптомы, течение. Процесс развивается постепенно, медленно. Ребенок начинает быстро утомляться при ходьбе, отстает в играх со сверстниками. К вечеру и по ночам возникают боли, стихающие к утру. Затем появляется припухлость, сглаженность контуров коленного сустава. В верхнем завороте суставной сумки скапливается экссудат, развивается сгибательная контрактура коленного сустава. Мышцы больной ноги атрофируются. В запущенных случаях происходит разрушение суставных концов костей; гнойное расплавление пораженных тканей с образованием свищей.

Лечение (см. *Туберкулез костей и суставов*). В запущенных случаях показана операция — экономная резекция сустава, артродез. В настоящее время по показаниям производят артропластику.

Туберкулез позвоночника наблюдается в 30 — 40 % случаев костно-суставного туберкулеза. В большинстве случаев туберкулез позвоночника начинается в первые 10 лет жизни ребенка. Чаще всего поражается грудной отдел.

Симптомы, течение. Вначале отмечаются тупые боли в спине, усиливающиеся к концу дня и стихающие в течение ночи. Затем развивается контрактура мышц спины, поэтому, чтобы наклониться, больной вынужден садиться на корточки. Пораженный отдел позвоночника при этом не сгибается. При легкой нагрузке на позвоночник (давление на голову или на оба плеча) появляются боли в спине. Если положить ребенка на живот и приподнять его за ноги, то спина не разгибается, туловище отделяется от стола с выпрямленным позвоночником. В дальнейшем постепенно развивается деформация спины и грудной клетки, появляется горб. По мере увеличения искривления позвоночника возникают явления сдавления спинного мозга, могут образоваться натечники, наступает расстройство функции тазовых органов.

Лечение проводят в специальных костно-туберкулезных больницах и санаториях. Оно заключается в длительной иммобилизации в гипсовой кроватке. При необходимости применяют вытяжение при помощи петли Глиссона. По миновании острых явлений и затихании процесса больному следует носить гипсовый корсет. По показаниям для укрепления пораженного участка позвоночника производят костнопластическую операцию. Назначают общеукрепляющее лечение — усиленное питание, длительное пребывание на воздухе (если возможно, то круглосуточно).

Туберкулез тазобедренного сустава чаще всего развивается в детском возрасте. Первичный очаг обычно появляется в вертлужной впадине или головке бедренной кости. Наблюдается в 20—22 % всех случаев туберкулеза костей и суставов.

Симптомы, течение. Вначале ребенок предъявляет жалобы на боли в области тазобедренного сустава и начинает прихрамывать. Постепенно развивается сгибательная контрактура, утолщение кожной складки на больной ноге (симптом Александрова), атрофия конечности. Выпрямить ногу невозможно, появляется поясничный лордоз, нога приведена к средней линии, больной принимает характерную позу при стоянии. Появляются натечники, свищи. На рентгенограмме обнаруживают типичные для туберкулеза изменения.

Лечение в костно-туберкулезном учреждении с помощью длительной иммобилизации сустава гипсовой повязкой или вытяжением. В последнее время при наличии изолированных очагов довольно часто прибегают к оперативному вмешательству (некротомия) или резекции тазобедренного сустава. Обязательно общеукрепляющее лечение и применение противотуберкулезных препаратов, как при других формах костного туберкулеза.

Туберкулез почки. Микобактерии туберкулеза заносятся гематогенным путем из какого-либо другого очага. При прогрессировании заболевания процесс переходит на лоханки, мочеточники и далее распространяется нисходящим путем на мочевой пузырь.

Симптомы, течение. В начале заболевания беспокоят тупая, ноющая боль в пояснице, общее недомогание, быстрая утомляемость, потеря аппетита, плохой сон. По мере развития процесса и увеличения морфологических изменений в почке к этим общим явлениям присоединяются довольно характерные нарушения мочеиспускания. Позывы на мочеиспускание несколько учащаются, в моче обнаруживается альбуминурия, пиурия, а позднее небольшая гематурия. Реакция мочи обычно остается кислой, цилиндры отсутствуют. Выделительная функция почки понижается, что определяется в/в индигокарминовой пробой при цистоскопии. При ней же иногда можно довольно рано обнаружить туберкулезные бугорки вокруг устья мочеточника пораженной почки.

Лечение длительное в противотуберкулезной больнице, а затем санатории. При отсутствии эффекта от комбинированного лечения противотуберкулезными препаратами и больших морфологических изменениях показана операция — резекция части почки или удаление ее.

УКУСЫ ЗМЕЙ. В средней полосе опасны укусы гадюк, на юге страны, в азиатской части и Дальнем Востоке — укусы гремучих змей. Попадающий при укусе яд может парализовать ЦНС (наличие нейротоксинов у кобры) или вызвать кровоизлияния (наличие геморрагина у гадюки) Яд оказывает местное и общее токсическое действие.

Симптомы, течение. В области укуса возникают резкая боль и отек, быстро распространяющийся на всю конечность, кровоизлияния. Появляются сонливость, головокружение, недомогание, расстройство созна-

ния, рвота, повышение температуры до 38—39 °С. При попадании яда, содержащего нейротоксины, возникают расстройства сердечной деятельности, паралич дыхания, а затем смерть.

Лечение. Первая помощь заключается в уменьшении всасываемости яда путем наложения жгута на конечность (на срок до 30 мин), обмывание раны раствором перманганата калия, отсасывание яда банками или ртом (при отсутствии кариозных зубов и неповрежденной слизистой оболочке). В лечебном учреждении вводят специфическую противозмеиную сыворотку, иссекают укушенную рану, вводят в большом количестве жидкости, делают кровопускания, переливают кровь, вводят сердечные средства. В дальнейшем — лечение осложнений.

УШИБ — повреждение тканей без нарушения целости кожи при ударе твердым предметом или при падении на твердый предмет. При этом подлежащие ткани — подкожная жировая клетчатка, мышцы, мелкие сосуды — раздавливаются или разрываются.

Симптомы, течение. Боль в области ушиба, затем появляется припухлость и кровоподтек (синяк). При обширных и значительных повреждениях может наступить нарушение функции ушибленной части тела.

Лечение. В первые 1—2 дня после ушиба накладывают пузырь со льдом или холодные примочки. Гематому пунктируют, кровь аспирируют и накладывают давящую повязку. В дальнейшем тепло, легкий массаж, лечебная гимнастика.

ФИМОЗ — врожденная узость кольца на месте перехода наружного листка крайней плоти во внутренний, вследствие чего оказывается невозможным обнажить головку полового члена. Это иногда затрудняет мочеиспускание, струя мочи узкая, отклоняется в сторону. Скопление мочи и спермы в препуциальном мешке у больных с фимозом вызывает раздражение головки и воспаление.

Лечение оперативное. Рассекают переднюю поверхность препуциального кольца или иссекают крайнюю плоть (обрезание).

ФЛЕГМОНА — разлитое гнойное воспаление подкожной жировой клетчатки. Флегмона может развиваться под фасциями и под апоневрозами, в подслизистой и мышечной клетчатке. Если гнойное воспаление происходит в клетчатке, окружающей какой-либо орган, то пользуются термином с приставкой «пара» — паранефрит, параметрит, парапроктит и т. д. Возбудителем флегмоны чаще всего являются стрептококки и стафилококки, но нередко флегмона вызывается смешанной инфекцией.

Симптомы, течение. Клиническая картина очень разнообразна. При поверхностной флегмоне отмечаются острая пульсирующая боль, разлитые припухлость, отек и покраснение кожи. При осторожной пальпации в начальной стадии определяется плотный, болезненный инфильтрат, а в дальнейшем — пастозность кожи и флюктуация. Заболевание в большинстве случаев начинается остро и сопровождается повышением температуры, общим недомоганием, головной болью.

При флегмонах, локализующихся под фасциями и под апоневрозами, местные признаки в начале заболевания выражены не так ясно. На первый план выступают явления общей интоксикации и нарушения функции того или иного органа.

Лечение. Широкие разрезы по протяжению флегмоны, удаление гноя и гнойно-некротических участков. Открытое лечение операционной раны с применением антисептических веществ и дренирование раны. Антибиотики направленного действия, сульфаниламидные препараты по схеме.

ФУРУНКУЛ — острое гнойное воспаление волосяного мешочка и сальной железы. Возбудителем чаще всего являются стафилококки. Предрасполагающими факторами служат несоблюдение правил личной гигиены, нарушение обмена, особенно углеводного (диабет), общее истощение, неполноценное питание.

Симптомы, течение. Вначале появляется довольно острая, пульсирующая боль на ограниченном участке тела. Затем на этом месте возникает конусообразный, красный, очень болезненный при пальпации узелок, который быстро увеличивается. Через некоторое время на вершине его образуется бледно-желтое пятнышко (размягчение), которое распадается, и после этого выделяется желто-серого цвета стержень. Рана после отторжения стержня через несколько дней заживает.

Лечение. В самом начале, когда имеется только боль и незначительный инфильтрат, применяют холод (пузырь со льдом). Если под влиянием холода и покоя не наступает быстрой ликвидации процесса, то переходят к тепловым процедурам: теплые грелки, повязки с размягчающими кожу мазями. Пенициллин в/м, ультрафиолетовое облучение. При образовании гнойно-некротического стержня показано его удаление. Затем мазевые повязки. Следует всегда помнить, что при локализации фурункула на лице легко может возникнуть тромбофлебит, который, перейдя с вен лица на венозные синусы твердой мозговой оболочки, может вызвать менингит. В таких случаях больной подлежит срочной госпитализации и лечению массивными дозами антибиотиков.

ФУРУНКУЛЕЗ — часто повторяющееся появление фурункулов в различных местах тела. Наблюдается у ослабленных, истощенных больных, плохо питающихся и живущих в плохих гигиенических условиях. Предрасполагающими факторами служат нарушение обмена, особенно углеводного (диабет).

Лечение местное и общеукрепляющее (усиленное питание). Препараты железа, пивные дрожжи, по показаниям пенициллин в/м.

ХОЛЕЦИСТИТ ОСТРЫЙ. Возбудителями чаще всего является кишечная палочка, реже — стрептококки, стафилококки и другие микроорганизмы. Особое место в этиологии заболевания занимают брюшнотифозная и паратифозные инфекции, а также лямблии. Инфекция попадает в желчный пузырь энтерогенным и гематогенным путем, наблюдается также и аутоинфекция. Помимо внедрения

микробов, большое значение в развитии острого холецистита имеют условия, благоприятствующие активизации инфекции (ослабление организма, нарушение кровообращения желчного пузыря, застой желчи, особенности строения слизистой оболочки желчного пузыря).

Острым холециститом чаще болеют лица старше 50 лет. Женщины страдают чаще мужчин.

Различают катаральный, флегмонозный и гангренозный холециститы. Последние две формы могут быть с перфорацией и без перфорации желчного пузыря. Выделяют также каменный и бескаменный холециститы. При высоковирулентной микрофлоре развивается гнойная инфильтрация всей стенки пузыря — флегмона.

Симптомы, течение. Периодически усиливающаяся боль, чаще локализующаяся в области правого подреберья, но может быть и в подложечной области. Боль иррадиирует в правое плечо, лопатку и межлопаточную область. При пальпации отмечается напряжение мышц и выраженная локальная болезненность в правом подреберье, особенно в проекции желчного пузыря. Постепенно боли распространяются по всей верхней половине живота, что указывает на вовлечение в воспалительный процесс брюшины. Иногда при пальпации определяется напряженный желчный пузырь и увеличенная печень. Температура повышается до 39—40 °С, ознобы. Диспепсические расстройства выражаются в виде тошноты, рвоты, потере аппетита, отрыжке, запоров. В крови лейкоцитоз (20—25) • 10^9/л, нейтрофилез, СОЭ повышена (до 50 мм/ч). У некоторых больных с острым холециститом наблюдается желтуха. При гнойном процессе могут развиться тяжелые осложнения: сепсис, гнойный холангит, перитонит, поддиафрагмальный абсцесс, абсцесс печени.

Дифференциальную диагностику острого холецистита проводят с острым аппендицитом, острым панкреатитом, поддиафрагмальным абсцессом, почечнокаменной болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Лечение вначале консервативное: постельный режим, холод на живот, динамическое наблюдение, паранефральная блокада, применение антибиотиков широкого спектра действия, инъекции атропина, но-шпы, в/в раствор глюкозы с инсулином, витаминотерапия. При нарастании болей и выявлении признаков раздражения брюшины и при подозрении на деструктивную форму холецистита показана срочная операция.

Больных острым холециститом в настоящее время делят на три группы: 1) больные с подозрением на перфорацию, гангрену, флегмону пузыря подлежат экстренной операции, производимой по жизненным показаниям; 2) больные с нарастанием тяжести клинической картины и отсутствием улучшения в течение 24—72 ч должны срочно оперироваться; 3) больные с тяжелыми и повторными приступами острого холецистита, с затиханием воспалительных явлений подлежат операции на 5—14-й день после лечения, т. е. в фазе затихания острого холецистита.

ЦИСТИТ — воспаление мочевого пузыря. Возбудителями инфекции являются кишечная палочка, стафилококки и стрептококки. Наблюдается при мочекаменной болезни, туберкулезе и других заболеваниях.

Симптомы, течение. Основным признаком является учащенное болезненное мочеиспускание. Частые болезненные позывы на мочеиспускание сопровождаются выделением небольшого количества мочи. Моча мутная, иногда содержит видимые на глаз гнойные нити и хлопья. В конце мочеиспускания появляется резь, иногда выделяется капля крови. Температура субфебрильная.

Лечение. Тепло на низ живота (грелка), сидячие ванны, антибиотики, сульфаниламидные препараты, свечи с белладонной. Инстилляция и промывание мочевого пузыря слабым раствором нитрата серебра (1:5000 — 1:10 000) или раствором фурацилина (1:5000). Лечение основного заболевания, вызвавшего цистит.

ШОК ТРАВМАТИЧЕСКИЙ — внезапно наступающее под влиянием травмы общее расстройство функции жизненно важных систем организма. Развивается после обширных ранений и закрытых тяжелых повреждений, сложных и длительных операций, обширных ожогов.

Симптомы, течение. Резко выраженное угнетение психики (апатия, безучастное отношение к окружающему). Больной лежит неподвижно, сознание сохранено, но он ни на что не реагирует, не отвечает на вопросы, ни на что не жалуется. Лицо мертвенно-бледно, черты лица заострены, пульс частый, едва прощупывается, дыхание поверхностное, АД низкое.

Лечение. Строжайший покой. Общее согревание больного, п/к морфин, пантопон, горячий чай с коньяком, водка или разведенный спирт, сердечные средства (камфора, кофеин), переливание крови. До выведения больного из шокового состояния никаких операций (кроме остановки кровотечения) не производят.

ЭЛЕКТРОТРАВМА. При прикосновении к неизолированным электропроводам, включенным в сеть, а также при поражении молнией в организме человека происходят тяжелые местные и общие изменения, часто и быстро заканчивающиеся смертью.

Симптомы, течение. Больной моментально теряет сознание, падает, отмечается судорожное сокращение мышц, остановка дыхания, резкое расстройство сердечной деятельности. Если поражение не привело к моментальной смерти и через некоторое время сознание больного прояснилось, то его беспокоят сильная головная боль, сонливость, общая вялость. Местно отмечаются следы ожога в виде желтовато-бурых пятен и полос.

Лечение. Первая помощь: необходимо быстро отключить ток и немедленно приступить к искусственному дыханию, которое следует производить в течение длительного времени (несколько часов), до полного восстановле-

ния самостоятельных, ритмичных и глубоких дыхательных движений грудной клетки. Назначают сердечные средства — камфору, кофеин. Пострадавшего на длительный срок помещают в стационар, где проводят симптоматическое лечение в зависимости от тех или иных последствий электротравмы.

ЭНДАРТЕРИИТ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ. Тяжелое прогрессирующее заболевание внутренней оболочки артерий, ведущее к сужению их просвета вплоть до полной их непроходимости. Возникновению и развитию заболевания способствуют спазмы сосудов под влиянием длительных охлаждений ног, нервно-психическая травма, хроническая интоксикация (курение). Встречается преимущественно у мужчин.

Симптомы, течение. В начальных стадиях заболевания больные жалуются на быструю утомляемость при ходьбе, боли в икроножных мышцах, зябкость ног, изменение цвета кожи на стопе и голени, парестезии. Очень характерным симптомом является так называемая перемежающаяся хромота. Во время ходьбы у больного возникают боли в икроножных мышцах, заставляющие его останавливаться. После кратковременной остановки боли стихают и больной в состоянии продолжать ходьбу. При обследовании отмечается бледность стоп, кожа на ощупь холодная, пульс на тыльной артерии стопы и задней большеберцовой артерии резко ослаблен или не прощупывается. В дальнейшем к этим симптомам присоединяются трофические расстройства на стопе и голени, кожа становится сухой и бледной, ногти на пальцах крошатся, беспокоят резкие боли в ногах, появляются чувство онемения пальцев и трофические язвы и более или менее значительные участки некроза.

Лечение состоит: 1) в устранении факторов, обусловливающих спазм сосудов конечностей; 2) в принятии мер для максимального развития и улучшения окольного кровообращения на пораженной конечности.

Больные должны находиться на диспансерном учете и периодически проходить курсовое лечение в стационаре. Эффективно лечение с помощью гипербарической оксигенации, а также санаторно-курортное (Мацеста, Пятигорск, Цхалтубо и др.) и физиотерапевтическое лечение (диатермия, токи УВЧ на поясничную область).

Оперативное лечение: симпатэктомия, наложение обходных анастомозов.

Профилактика облитерирующего эндартериита заключается в устранении всех раздражителей, вызывающих спазм сосудов, применении средств и методов, способствующих понижению сосудистого тонуса, расширению периферических сосудов конечности, усилению в них кровотока. Противопоказано длительное пребывание на холоде или в жарком климате. Ноги должны быть всегда в тепле. Курение категорически запрещено. Необходимо предохранять ноги от мелких травм, носить удобную обувь, сшитую из кожи. Следует ежедневно обмывать ноги на ночь теплой водой с мылом и смазывать вазелином или кремом, а при потливости протирать спиртом или одеколоном. Необходимо оберегать больного от нервных раздражений и психических травм. Пища должна быть богата витаминами с ограничением жиров.

Больной облитерирующим эндартериитом должен находиться на диспансерном наблюдении, при обострении заболевания больного нужно направлять в стационар.

ЭПИДИДИМИТ — воспаление придатка яичка.

Симптомы, течение. Острые боли в яичке, увеличение придатка, отечность, покраснение и напряженность кожи мошонки на стороне поражения. При пальпации определяется значительное уплотнение и резкая болезненность придатка.

Лечение. В первые дни постельный режим, ношение суспензория, мазевая повязка, сухое тепло, сульфаниламиды по схеме и антибиотики.

ЭХИНОКОККОЗ. При попадании в тот или иной орган яиц эхинококка развивается паразитарная киста. Стенки эхинококковой кисты состоят из двух слоев: фиброзной и хитиновой оболочек. Содержимое кисты представляет собой прозрачную, слегка желтоватого цвета жидкость, в которой плавают мелкие дочерние пузыри. Рост эхинококкового пузыря происходит медленно. Иногда рост эхинококка под влиянием тех или иных причин прекращается, он погибает, стенка кисты обызвествляется. В других случаях киста может прорваться, и тогда происходит обсеменение дочерними эхинококковыми пузырями. Диагностике помогают положительная внутрикожная реакция Казони [Kasoni G.] и увеличенное количество эозинофилов в крови.

Эхинококк печени. Различают две формы: однокамерный и многокамерный эхинококк. При однокамерном эхинококке в печени развивается одна большая киста, при многокамерном — многочисленные мелкие кисты, объединенные в один конгломерат.

Симптомы, течение. Заболевание клинически проявляется только после того, как киста достигает значительных размеров и оказывает большое давление на паренхиму печени. При этом возникают неопределенные тупые боли в подреберье и подложечной области, а при обследовании больного обнаруживается более или менее значительное увеличение печени (край ее выступает из-под реберной дуги), поверхность печени остается гладкой, пальпация ее безболезненна. При поверхностном расположении кисты и значительных ее размерах определяется опухоль эластически напряженной консистенции с гладкой поверхностью. Диагноз уточняют с помощью рентгенологического, ультразвукового (эхография), радионуклидного методов исследования.

Лечение. Излечение возможно только путем оперативного вмешательства.

Эхинококк легкого.

Симптомы, течение. Боли в груди различной локализации (зависят от расположения кисты), кашель. При прорыве кисты в бронх сразу появляется большое количество светлой тягучей мокроты. При нагноении такой полости мокрота может быть гнойной, харак-

терной для абсцесса легкого. Нередко симптомом эхинококка является кровохарканье в виде небольших прожилок крови в мокроте или значительное кровохарканье. При рентгенологическом исследовании легких видна округлой формы тень различной величины с четкими гладкими контурами. Иногда в мокроте обнаруживают элементы эхинококковой кисты.

Лечение оперативное — удаление эхинококковой кисты или резекция доли легкого.

Профилактика. Для предупреждения заболевания эхинококкозом должны быть проведены два основных мероприятия: 1) следует исключить возможность поедания собаками отбросов (особенно вблизи боен и мясокомбинатов); 2) необходимо проводить личные гигиенические меры профилактики (тщательное мытье рук после каждого соприкосновения с собаками).

ЯЗВА — дефект кожи или слизистой оболочки, возникший вследствие поверхностного некроза ткани. Характерной особенностью всех язв является хроническое течение и малая склонность к заживлению. В зависимости от этиологии различают язвы трофические, туберкулезные, сифилитические, цинготные, варикозные, раковые.

Симптомы, течение. На том или ином участке кожи или слизистой оболочки появляется некроз и отторжение более или менее значительного участка эпителия, образуются вялые грануляции, кратерообразные или плоские углубления, дно которых покрыто грязно-серым налетом, края утолщаются, омозолевают.

Лечение зависит от этиологии и характера язвы.

Язва голени варикозная развивается вследствие расстройства кровообращения при варикозном расширении подкожных вен голени и бедра.

Симптомы, течение. Вначале кожа передневнутренней поверхности нижней трети голени истончается, становится сухой, напряженной и блестящей. На ней появляются характерные пигментные пятна, затем возникает небольшая язва, которая постепенно увеличивается. Края ее уплотняются, омозолевают, дно покрывается грязным налетом, кровоточит.

Лечение. В начальных стадиях, пока еще нет изъязвления кожи, следует периодически отдыхать в течение дня в горизонтальном положении с приподнятыми вверх ногами. Необходимо ношение эластичного чулка или бинтование эластическим бинтом. Показана хирургическая операция — иссечение подкожных вен вместе с венами-перфорантами. Местно на язву мазевые повязки с индифферентными мазями или бальзамом Шостаковского, отвердевающая повязка Кафера с пастой Унна.

Язва пептическая возникает на слизистой оболочке желудка после гастроэнтеростомии и резекции желудка.

Симптомы, течение. Типичные боли, связанные с приемом пищи, тошнота, иногда рвота, похудание, скрытое кровотечение.

Лечение. Строгая диета, регулярный прием пищи, понижающие кислотность желудочного сока и болеутоляющие средства. При отсутствии эффекта от консервативного лечения показана операция.

DjVu
Оцифровано: 06.07.2021
Оборудование: Фотостанок
Оцифровщик: Hamster Gules

Глава 5

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ПЕРИОДЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА. Человек с момента рождения и до того возраста, когда он становится взрослым, находится все время в процессе роста и развития, совершенствования органов и систем. Условно все детство подразделяется на пять периодов. Каждому периоду свойственны анатомо-физиологические особенности, которые в своей совокупности определяют своеобразие реактивности, сопротивляемости организма, развитие и особенности течения заболеваний.

I. **Период новорожденности** см. раздел «Новорожденные».

II. **Грудной период** начинается с 3—4-недельного возраста и условно заканчивается в 12 мес. В это время дети интенсивно растут, прибавляют в массе тела. Рост в среднем за первый год увеличивается на 25 см, масса тела утраивается. Развиваются статические функции, ребенок сидит, ползает, ходит. К 5—6 мес начинают прорезываться молочные зубы; к году бывает обычно 8 зубов (передние — 4 верхних и 4 нижних). Ребенок рождается с безусловными врожденными рефлексами, к которым относятся сосание, глотание, мигание, чиханье, акт дефекации, мочеиспускания и др. По мере дифференцирования ЦНС, начиная с 1-го месяца жизни, происходит развитие условных рефлексов. Сначала они довольно просты, например рефлекс на положение при кормлении, на приготовление к кормлению, но уже с 3-го месяца рефлексы значительно усложняются: ребенок устойчиво фиксирует взгляд, следит за движением предмета, поворачивает голову к источнику звука, отвечает улыбкой, активными движениями рук и ног на разговор с ним. Начиная с 6 мес произносит отдельные слоги, громко смеется, к году дети обычно знают несколько слов, и с этого момента начинается развитие речи. Для правильного развития ребенка, его высшей нервной деятельности необходимо четко организовать режим, питание, чередование периодов сна и бодрствования. Детям 2—3 мес надо обеспечить сон общей длительностью 16—18 ч, из них 10—11 ч ночью и 6—7 ч днем в 3—4 приема. В возрасте от 3 до 6 мес длительность сна 16 ч в сутки, от 6 до 10 мес — 15—16 ч, из них днем около 5 ч в 3 приема. После 10 мес дети переходят на двукратный дневной сон с общей продолжительностью сна в сутки $14^1/_2$—15 ч. Обычно после каждого сна ребенок должен есть, а после каждого кормления бодрствовать.

В связи с интенсивностью обменных процессов характерна большая потребность в пище, которая компенсируется правильно организованным вскармливанием. При любых погрешностях режима питания легко развиваются заболевания желудочно-кишечного тракта, рахит, заболевания органов дыхания, ребенок может быстро терять в массе, развивается гипотрофия.

У детей грудного возраста при заболеваниях, особенно инфекционных, отмечается склонность к диффузным, общим реакциям; так, при пневмониях, гриппе, дизентерии, диспепсии могут появиться судороги, менингеальные явления, развивается токсикоз.

III. **Период молочных зубов** подразделяется на ясельный возраст — от 1 года до 3 лет и дошкольный — от 3 до 7 лет.

Ясельный возраст характеризуется быстрым совершенствованием двигательных навыков ребенка, речи и психики, продолжается активный рост. Ребенок очень подвижен, любознателен, основной формой развития является игра, через которую он познает окружающую среду и приобретает первые трудовые навыки. Быстро растет словарный запас, ребенок начинает говорить, составляя сначала примитивные фразы, а к 2—3 годам предложения становятся многословными, он подражает взрослым, поэтому особенно важно разговаривать с ребенком правильно. Начиная с $1^1/_2$ лет дети спят днем около 3 ч, ночью — 11 ч.

В ясельном возрасте также важно четко организовать режим ребенка, чтобы не перегрузить его впечатлениями, оградить от отрицательных воздействий внешней среды. В связи с увеличивающимися контактами детей между собой в этом возрасте увеличивается возможность распространения острых детских инфекционных заболеваний (корь, коклюш, ветряная оспа, скарлатина, дизентерия и др.).

Дошкольный возраст. В этот период несколько замедляется процесс роста, но активно совершенствуются функциональные возможности органов и систем. В 5—6 лет начинается смена молочных зубов на постоянные. Ребенок переходит на режим питания взрослого. Дневной сон однократный — 2—$2^1/_2$ ч, ночной 10—11 ч; сон будет крепким и спокойным при условии, если ребенок перед сном не был возбужден, не играл в шумные игры. В этом возрасте развиваются тонкие навыки у детей: умение кататься на двухколесном велосипеде, на коньках, танцевать, вышивать, вязать. Благодаря хорошей памяти дети чрезвычайно легко запоминают стихи, пересказывают сказки, рассказы. В дошкольном периоде появляются заболевания, в основе которых большую роль играют аллергия, измененная реактивность организма.

IV. **Младший школьный возраст** — 7—12 лет. Продолжается совершенствование функций организма ребенка. Усиленно развиваются и крепнут мышечная система, скелет. Молочные зубы полностью заменяются постоянными. Школьный ритм жизни способствует развитию усидчивости, необходимых трудовых навыков. Нужно строго следить за осанкой ребенка, так как неправильное сидение ребенка за партой или столом, ношение в одной руке тяжелого портфеля и ряд других моментов могут привести к искривлению позвоночника.

V. **Старший школьный возраст** — 12—16 лет — это период полового созревания. Характеризуется значительной перестройкой эндокринной системы, усиленным ростом. В этом периоде часто встречаются функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы, нервной системы, обусловленные, с одной стороны, быстрым, непропорциональным ростом всего тела и отдельных органов, с другой — неустойчивостью вегетативно-эндокринной системы.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА. Для оценки физического развития ребенка используются показатели роста, массы тела, окружности головы, груди и общее состояние. Интенсивность прибавки массы тела и роста зависит от возраста ребенка. Так, масса тела новорожденного удваивается к 4—5 мес, утраивается к году, затем прибавка идет в среднем на 2 кг в год. Рост за первый год увеличивается на 25 см, к 5 годам рост новорожденного удваивается, затем каждый год рост увеличивается в среднем на 5 см. Детей раннего возраста следует взвешивать на специальных (чашечных) весах и измерять рост на горизонтальном ростомере. Детей старшего возраста взвешивают на медицинских весах, рост, начиная с $1^1/_2$—2 лет, измеряют на вертикальном ростомере.

Средние данные основных показателей физического развития представлены в табл. 5.

Таблица 5

Основные показатели физического развития детей

Возраст	Девочки				Мальчики			
	рост (см)	масса тела (кг)	окружность головы (см)	окружность груди (см)	рост (см)	масса тела (кг)	окружность головы (см)	окружность груди (см)
1 мес	53,3	3,87	36,6	36,0	54,2	4,09	37,3	36,3
2 »	57,1	4,82	38,4	38,1	58,6	5,16	39,2	39,0
3 »	60,6	5,65	40,0	40,0	62,0	6,1	40,9	41,3
4 »	62,6	6,4	41,0	41,8	64,4	6,9	41,9	42,8
5 »	64,8	7,03	42,2	43,0	66,4	7,6	43,2	44,3
6 »	66,5	7,6	43,2	44,3	68,1	8,16	44,2	45,4
7 »	67,9	8,09	44,0	45,0	69,5	8,7	44,8	46,4
8 »	69,0	8,53	44,3	46,0	70,9	9,27	45,4	47,2
9 »	70,4	9,03	45,3	46,7	72,3	9,7	46,3	47,9
10 »	72,0	9,5	45,6	47,0	73,3	9,95	46,6	48,3
11 »	73,3	9,75	46,0	47,7	74,3	10,2	46,9	48,7
12 »	74,0	10,1	46,0	47,7	75,3	10,5	47,2	49,0
2 года	85,0	12,1		50,0	85,9	12,7		51,8
3 »	93,0	14,2		52,5	93,8	14,6		53,2
4 »	99,6	15,4		53,1	100,0	15,9		54,1
5 лет	106,1	17,5		54,9	107,3	17,8		55,8
6 »	112,4	20,0		56,6	114,0	20,4		57,6
7 »	122,2	23,8		57,4	123,3	24,0		58,8
8 »	123,0	24,8		58,2	124,9	24,4		59,4
9 »	130,3	27,4		59,8	131,0	27,8		62,0
10 »	136,0	30,8		62,6	136,1	30,4		64,0
11 »	140,6	32,7		64,3	140,0	32,8		66,0
12 »	149,0	38,5		67,5	144,5	35,5		66,3
13 »	154,0	42,7		69,7	150,2	39,4		69,6
14 »	156,5	46,8		72,8	158,7	46,1		73,1
15 »	159,3	51,3		74,5	164,8	52,2		76,3
16 »	159,5	53,0		76,6	167,2	56,4		80,5
17 »	160,2	55,1		77,3	171,1	60,0		81,4

Приведенные цифры могут быть только ориентировочными. В последние годы во всех экономически развитых странах отмечены явления акселерации, т. е. ускорение роста и развития детей начиная с внутриутробного периода, что находит свое отражение в рождении детей с массой тела более 4 кг и ростом более 50 см. Затем у этих детей отмечается увеличение средних показателей данных антропометрии, более раннее прорезывание зубов, раньше появляется первая менструация у девочек и отмечается более раннее половое созревание мальчиков.

При оценке физического развития ребенка, кроме анализа антропометрических данных, необходимо обращать внимание на эластичность кожных покровов, плотность (тургор) мягких тканей, мышечный тонус, состояние статики, эмоциональной настроенности ребенка.

Правильное физическое развитие ребенка зависит от многих факторов внешней и внутренней среды: режима дня, питания, пребывания на свежем воздухе, занятия физкультурой. Отрицательное влияние на физическое развитие могут оказать и заболевания ребенка, прежде всего врожденные пороки сердца, врожденные и приобретенные поражения ЦНС, частые респираторные заболевания, рахит, эндокринные расстройства и т. д. Чтобы не допустить грубых отклонений в физическом развитии ребенка, необходимо систематически следить за его здоровьем и проводить антропометрию, анализировать полученные данные и, своевременно установив причину нарушений, назначать соответствующую коррекцию.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ. Рациональное питание — основа правильного физического и психического развития ребенка, один из существенных факторов в профилактике различных заболеваний. Для грудного ребенка, особенно первого полугодия жизни, молоко матери является лучшей пищей, обеспечивающей его всеми необходимыми питательными веществами. У детей первого года жизни различают три вида вскармливания — естественное (грудное), смешанное и искусственное.

Естественное (грудное) вскармливание ребенка — наиболее физиологично, его преимущества несомненны. Так, в женском молоке значительно меньше, чем в коровьем, содержится казеина — трудно перевариваемого белка (соответственно 61,5 и 85,7 %). Белки грудного молока по своей структуре наиболее близки к белкам тканей ребенка. Женское молоко богато наиболее ценными и жизненно необходимыми аминокислотами, ферментами, иммунными телами, витаминами. Минеральные вещества — фосфор и кальций усваиваются с женским молоком в 2 раза лучше, чем с коровьим. Соотношение белков, жиров и углеводов в грудном молоке (1:3:6) наиболее благоприятно для ребенка первых 6 мес жизни. Большинство грудных детей в нашей стране находится на естественном вскармливании. При его организации необходимо придерживаться нескольких правил:

1) перед кормлением мать должна вымыть руки с мылом, обмыть сосок и околососковое пространство 0,5 % раствором борной кислоты или кипяченой водой;

2) перед кормлением необходимо сцедить из груди несколько миллилитров молока для удаления из выводных протоков молочной железы возможно загрязненного молока;

3) на кормление ребенка прикладывают только к одной груди, последовательно меняя грудь в каждое кормление. Если после кормления в этой груди осталось молоко, его необходимо сцедить до полного опорожнения молочной железы;

4) нужно следить за тем, чтобы ребенок во время кормления свободно дышал носом;

5) держать ребенка у груди следует не более 20 мин, не давая засыпать; лишь в первую неделю жизни можно продлить это время до 30 мин. Известно, что половину или даже $^2/_3$ количества молока, полагающегося ребенку на кормление, он высасывает в первые 5 мин;

6) после кормления грудь обмывают кипяченой водой и обязательно обсушивают марлевым или ватным тампоном;

7) первые 3—4 дня мать кормит ребенка лежа, с 4—5-го дня разрешается кормить сидя, если у матери не было осложнений в родах.

Секреция молока у некоторых женщин наступает не сразу после родов, лишь на 3—4-й день отделение молока значительно увеличивается. В этих случаях новорожденного следует кормить или докармливать сцеженным молоком от другой женщины. В первые 2—3 дня у женщины выделяется молозиво, с 4—5-го дня и до конца недели — переходное молоко и лишь затем зрелое молоко. Молозиво — это клейкая, густая жидкость желтоватого цвета, в нем содержится в 4 раза больше белка и в 2 раза больше солей, чем в зрелом молоке. Калорийность молозива также выше и равна 150—110 ккал в 100 г. Молозиво особенно легко усваивается, возможно даже его всасывание через стенки кишечника в неизмененном виде.

Новорожденного прикладывают к груди первый раз через 6—8 ч после рождения. Могут быть незначительные отклонения в сроках, зависящие от состояния ребенка или матери.

Частота кормлений зависит от возраста ребенка. Новорожденного (до $2^1/_2$—3 нед) кормят 6—7 раз в сутки, т. е. через 3—$3^1/_2$ ч с 6-часовым ночным перерывом. Ребенка от $2^1/_2$—3 нед до 4—5 мес кормят 6 раз в сутки через $3^1/_2$—5 ч с 6-часовым ночным перерывом, от 5 мес до 1 года — 5 раз в сутки через 4 ч с 8-часовым ночным перерывом.

Ослабленного или недоношенного новорожденного ребенка кормят по индивидуальному режиму, но не чаще чем каждые 2 ч с 6-часовым ночным перерывом, т. е. 10 раз в сутки. Строгий порядок кормления ребенка по часам необходим для выработки устойчивого условного рефлекса на время, а следовательно, и рефлекторного выделения пищеварительных соков.

Суточная потребность в пище ребенка первого года жизни определяется несколькими способами.

1. В течение первых 7 дней жизни количе-

ство необходимого молока на одно кормление высчитывают по формуле:

$$10 \cdot n,$$

где 10 — число миллилитров молока, n — число дней ребенка. Например, ребенку в возрасте 5 дней необходимо на одно кормление 50 мл молока. Для получения суточной нормы это количество умножают на 7, т. е. на число кормлений. Таким образом, суточная норма молока для 5-дневного ребенка составляет 350 мл.

2. Расчет питания в зависимости от массы тела и возраста ребенка (при условии здорового, нормально развивающегося ребенка: для ребенка в возрасте от 2 нед до 2 мес количество получаемого молока должно составлять $^1/_5$ массы тела, от 2 до 4 мес — $^1/_6$ массы тела, от 4 до 6 мес — $^1/_7$ массы тела. Дети с 6 мес до 1 года должны получать 1 л пищи в сутки.

3. Расчет питания по калорийности: на 1 кг массы тела ребенок должен получать в сутки: в I четверть года — 120—130 ккал, во II четверть — 110—120 ккал, в III четверть — 100—110 ккал, в IV четверть — 90—100 ккал. Калорийность женского молока составляет 700 ккал в 1 л.

Дотация к грудному молоку и прикорм. Грудное молоко может полностью обеспечивать потребности организма ребенка только до определенного возраста. Рекомендуется следующая ориентировочная схема дотации и прикорма.

С 1-го месяца (зимой) необходимо добавлять аскорбиновую кислоту в виде соков (лимонный, яблочный, морковный последовательно) от 5 капель с постепенным ежедневным увеличением к 4—5 мес до 40—50 мл/сут, давать соки надо после еды в 2 приема.

С 3-го месяца начинают давать рыбий жир с 1 капли, увеличивая дозу до 1 чайной ложки, один раз в день; сырое протертое яблоко от половины чайной ложки до 2 столовых ложек.

С 4—$4^1/_2$ мес вводят первый прикорм: овощное пюре из моркови, репы, картофеля, капусты, зеленого горошка, кабачков, свеклы. В течение 1—2 нед овощным пюре может быть заменено целиком одно кормление грудью.

С 5 мес вводят второй прикорм: 5—10 % манная каша, позднее рисовая, гречневая, овсяная. По половине яичного желтка через день; кефир, творог.

С $5^1/_2$—6 мес дают 10 % каши на цельном молоке, кисель, сливочное масло (3 г масла в порцию каши или овощного пюре).

С 7 мес овощное пюре 2 раза в неделю готовят на мясном бульоне. Сухари, печенье, цельное молоко.

С 7—8 мес — мясной фарш, рыбный бульон и фарш. Позднее паровые мясные и паровые рыбные фрикадельки и к 1 году котлеты, печень, мозги.

С первых дней жизни ребенку необходимо давать слегка подслащенную кипяченую воду или слабый чай по 20—30 мл в день, а в последующие месяцы 50—100 мл/сут. В жаркое время года количество жидкости можно несколько увеличить.

При введении прикорма необходимо придерживаться следующих правил: прикорм давать перед кормлением грудным молоком, начинать с малых порций — 1—2 чайных ложек, постепенно увеличивая за 3—7 дней до 150—200 г, после чего одно кормление целиком заменить одним из видов прикорма. Переходить к другому виду прикорма можно только после того, как ребенок привыкнет к первому прикорму. Прикорм должен получать каждый ребенок независимо от количества молока у матери начиная с 4—$4^1/_2$ мес. Дети, больные рахитом, анемией, часто срыгивающие, нуждаются в более раннем введении прикорма. При острых желудочно-кишечных расстройствах, лихорадочных заболеваниях, повышенной чувствительности к новой пище прикорм следует начинать в более поздние сроки. Особой тактики при естественном вскармливании требуют дети, родившиеся с большой массой, так как у них быстрее наступает дефицит в основных ингредиентах пищи и, следовательно, им раньше надо проводить коррекцию в питании.

Таким образом, с учетом некоторых моментов, указанных выше, при естественном вскармливании постепенно вытесняется грудное кормление, с 10—11 мес ребенка можно отнять от груди, если это не совпадает с жаркими месяцами года или болезнью ребенка.

Противопоказания и затруднения при грудном вскармливании. Нельзя прикладывать ребенка к груди матери, если она больна тяжелой формой сахарного диабета, тиреотоксикоза, сифилисом, активной формой туберкулеза, имеет тяжелое поражение почек, острый эндомиокардит, декомпенсированный порок сердца, если мать заболела дизентерией, брюшным тифом, паратифом, цереброспинальным менингитом и некоторыми другими заболеваниями. Если у матери капельная инфекция (грипп, острая респираторная инфекция, ангина и т. п.) и ребенка можно изолировать в другое помещение, то кормить его лучше сцеженным материнским молоком. В других случаях ребенка прикладывают к груди, но мать при этом обязательно надевает маску из 4 слоев марли. Нельзя прикладывать новорожденного к груди матери, если у ребенка имеются признаки внутричерепного кровоизлияния, гемолитическая болезнь (при высоком титре антител в молоке матери), если ребенок родился в состоянии тяжелой асфиксии. О возможных сроках прикладывания к груди этих детей решает вопрос врач-педиатр. Затруднением в кормлении ребенка грудью могут быть неправильная форма сосков (плоский, втянутый) или очень тугой сосок, ссадины и трещины сосков, мастит. При наступившей новой беременности ребенка нужно отнять от груди через 4—$4^1/_2$ мес. Затруднения могут возникнуть и со стороны ребенка — это врожденные пороки развития полости рта и носа (заячья губа, волчья пасть), воспалительные заболевания полости рта и носоглотки (молочница, стоматит, насморк). Бывают «ленивые» сосуны, которые сосут грудь вяло, с большими перерывами, часто засыпают у груди; таких детей следует иногда докармливать с ложечки, будить, но ни в коем случае не нарушать режим кормления

и не отнимать от груди. Постепенно эти дети начинают хорошо сосать. Дети, родившиеся ослабленными или недоношенными, быстро устают от сосания, их следует регулярно докармливать сцеженным молоком; постепенно, окрепнув, они также начинают хорошо сосать.

При затруднениях в естественном вскармливании независимо от причины всегда возникает угроза развития гипотрофии у ребенка. Поэтому необходим систематический контроль за количеством высасываемого молока и за нарастанием массы тела ребенка. Контрольные кормления и регулярное взвешивание позволяют своевременно установить факт и причину нарушений питания и внести соответствующие поправки.

Режим и диета кормящей матери. Количество грудного молока и его полноценность несомненно связаны с состоянием здоровья матери, ее режимом, питанием, гигиеническими условиями. Суточный рацион кормящей матери должен составлять в среднем 3500—3700 ккал. Для обеспечения такого количества калорий нужно употреблять ежедневно 180—200 г мяса или рыбы, 50 г творога, 20 г сыра, 50 г сливочного и растительного масла, 1 яйцо, 3 стакана молока, кефира, простокваши, 800 г овощей и фруктов и 500 г хлеба. Объем жидкости, включающий в себя соки, жидкость, содержащуюся в пище и фруктах, не должен превышать 2 л/сут. Не рекомендуются продукты с сильным запахом (чеснок) или горечи, так как они могут изменить вкус молока. Категорически запрещается во время кормления грудью употреблять спиртные напитки, курить. Необходимы спокойная обстановка, достаточный отдых, прогулки на свежем воздухе, сон не менее 8 ч в сутки.

Недостаточная секреция молока (гипогалактия) у матери может быть первичной (истинной) и вторичной. Последняя чаще развивается в результате нарушений в режиме, питании, физических или эмоциональных перегрузок. При устранении причины вторичная гипогалактия проходит. Значительно сложнее ликвидировать первичную (истинную) гипогалактию. Для борьбы с развивающейся гипогалактией применяют облучение молочных желез ртутно-кварцевой лампой, назначают сухие пивные дрожжи, масляный раствор витамина А по 6—7 капель в день.

Смешанное вскармливание. Необходимость перевода ребенка первых месяцев жизни с естественного на смешанное вскармливание может быть обусловлена несколькими причинами. Прежде всего это недостаточное количество грудного молока у матери — гипогалактия, которая под влиянием лечения не ликвидирована и ребенок перестал прибавлять в массе, ухудшение качественного состава грудного молока, заболевания матери (недостаточность кровообращения и др.), при которых кормить ребенка грудью можно, но число кормлений должно быть сокращено.

При смешанном вскармливании основным в питании ребенка остается грудное молоко, а основными продуктами докорма являются цельное коровье молоко, кефир или физиологические молочные смеси.

В качестве заменителей женского молока применяют следующие молочные смеси.

1. Простые смеси. Смесь «А»: $^1/_3$ коровьего молока + $^2/_3$ воды или $^2/_3$ 5 % слизистого отвара (А-рис, А-овес, А-греча) + 5 % сахара.

Смесь «Б»: $^1/_2$ коровьего молока + $^1/_2$ воды или $^1/_2$ 5 % слизистого отвара (Б-рис, Б-овес, Б-греча) + 5 % сахара.

Смесь «В»: $^2/_3$ коровьего молока + $^1/_3$ воды или $^1/_2$ 5 % слизистого отвара (В-рис, В-овес, В-греча) + 5 % сахара.

При приготовлении смесей необходимо учитывать, что рисовый отвар может способствовать развитию запоров, а овсяный отвар иногда приводит к послаблению стула.

2. Кислые смеси. Исходным продуктом вместо молока служит 2-дневный кефир, который разводят слизистыми отварами по тому же принципу, что и простые смеси. Независимо от разведения к кислым смесям добавляются 10 % сахара. Кислые смеси имеют ряд преимуществ перед простыми смесями. В процессе приготовления кефира происходит обработка белка, и он поступает к ребенку уже в свернувшемся виде. Кислые смеси лучше усваиваются, тормозят рост эшерихий и других бактерий, стимулируют секреторную функцию желудочно-кишечного тракта, благоприятно влияют на двигательную функцию кишечника.

3. Ионитное молоко — это коровье молоко, обработанное ионами, в результате чего изменяются некоторые физико-химические свойства молока, приближающие его к составу грудного молока. Например, снижается кислотность молока, удлиняется время створаживания, которое происходит более мелкими, нежными хлопьями в результате искусственного увеличения в нем альбуминов и уменьшения содержания грубодисперсных белков — казеина. Молоко обогащается витаминами группы В и сахаром, калорийность его повышается до 75—85 ккал в 100 мл.

4. Сухие молочные и консервированные продукты для питания грудных детей в большом количестве выпускаются пищевой промышленностью: сухое молоко, сухие молочные смеси (В-рис, В-овес, В-греча), сухой кефир, 5—10 % манная каша на цельном и половинном молоке и др. Сухие молочные продукты удобны при смешанном вскармливании, хорошо сохраняются в сухом помещении и при герметической упаковке; в распечатанном виде их можно хранить не более 2 нед. Смеси легко приготавливаются и хорошо усваиваются. В последнее время особое распространение получили смеси «Малютка» — для вскармливания новорожденных и недоношенных детей и «Малыш» — для детей от 1 мес до 1 года. По пищевой ценности эти смеси максимально приближены к грудному молоку. Способ приготовления: 15 г сухого порошка разводят в 100 мл теплой воды, 3 мин кипятят и разливают в стерильные бутылочки. Приготовленная смесь может храниться в холодильнике в течение суток, не изменяя своих вкусовых и питательных свойств.

5. Донорское молоко — лучший заменитель материнского молока, так как био-

логические свойства его и химический состав почти идентичны. Однако при пастеризации и особенно при стерилизации молока разрушаются витамины, ферменты, лизоцим, гормоны и некоторые другие ингредиенты, что снижает его биологическую ценность.

Основные правила проведения смешанного вскармливания.

1. На основании контрольного взвешивания ребенка до и после кормления устанавливают фактическую недостачу пищи в течение суток. Недостающее количество грудного молока восполняют докормом.

2. Детям первых 3 мес жизни при переходе на смешанное вскармливание назначают смесь «Б» в течение 3—5 дней, затем ребенок получает смесь «В» (В-рис, В-овес, В-греча). После 3—$3^1/_2$ мес ребенок должен получать цельное коровье молоко и кислые смеси — В-кефир.

3. Докорм необходимо вводить постепенно и в течение 3—4 дней полностью покрыть количественный недостаток пищи.

4. Докорм можно добавлять к грудному кормлению, при этом сначала ребенок сосет грудь, а затем его докармливают, лучше с ложечки. Докорм может быть отдельным, самостоятельным кормлением.

5. При кормлении смесями из бутылочки необходимо использовать короткие упругие соски, в которых делается минимальное отверстие (раскаленной иглой). Высасывание смеси должно быть затруднительным и вызывать некоторое напряжение, подобное тому, которое испытывает ребенок при сосании груди. В противном случае дети быстро привыкают легко получать пищу из бутылочки и отказываются сосать грудь.

6. При смешанном вскармливании необходимо сохранить у матери имеющееся молоко, поэтому прикладывать ребенка к груди нужно не менее 3 раз в сутки. При более редком кормлении очень быстро может угаснуть лактационная функция молочной железы.

7. Режим питания остается таким же, как и при естественном вскармливании. Калорийность повышается на 5—10 %. Витамины, соки, рыбий жир и прикорм первый и второй можно начинать на 3—4 нед раньше, чем при естественном вскармливании.

Искусственное вскармливание. Если у матери полностью отсутствует грудное молоко или его количество составляет менее $^1/_5$ общего объема пищи, необходимого для ребенка, или если состояние здоровья матери не позволяет кормить грудью, ребенка переводят на искусственное вскармливание, при этом вводить его надо тем медленнее и осторожнее, чем меньше возраст ребенка. Детей первых 2—3 мес жизни желательно обеспечить донорским молоком. Если это сделать невозможно, то новорожденного следует кормить первые 2 нед молочной смесью «Б», а затем переходить на смесь «В». При искусственном вскармливании ребенку старше 1 мес смесь «Б» назначают только на 3—4 дня, а затем дают смесь «В». Начиная с 3 мес смесь «В» постепенно заменяют цельным молоком и кефиром. Для искусственного вскармливания широко применяют смеси «Малютка» и «Малыш» (см. *Смешанное вскармливание*).

Принципы и правила искусственного вскармливания.

1. Кормить ребенка следует реже, чем при естественном вскармливании, так как пища задерживается в желудке дольше: первые месяцы через $3^1/_2$ ч, затем через 4 ч соответственно 6 и 5 раз в сутки.

2. Разовый объем пищи увеличивается, но суточный объем остается тот же и не должен превышать 1 л у детей старше 6 мес.

3. Калорийность увеличивается на 10—15 %. Соотношение белков, жиров и углеводов на 1 кг массы тела изменяется за счет увеличения в 2 раза белков и становится 1:1, 2:3—4.

4. Особенно важна ранняя витаминизация пищи: введение соков, назначение препаратов аскорбиновой кислоты до 100 мг/сут и витаминов группы В.

5. Прикорм назначают в обычной последовательности, но все виды прикорма вводят на 1 мес раньше, чем при естественном вскармливании.

6. Необходимо строго соблюдать ряд организационных моментов при искусственном вскармливании: смесь должна быть подогрета до 40—45°, соски предварительно кипятят и сохраняют в закрытой чистой посуде, молоко должно вытекать из соски каплями, а не струйкой, чтобы длительность нормального кормления составляла 15—20 мин. Ребенка лучше держать на руках, положение бутылки должно быть таким, чтобы горлышко всегда было заполненным, в противном случае ребенок будет заглатывать много воздуха.

7. При неправильно организованном искусственном вскармливании ребенок может оказаться в условиях как количественного, так и качественного недокармливания или перекармливания. Поэтому необходимо детей первых месяцев жизни взвешивать не реже 2 раз в неделю. Задержка в массе тела более 10 дней требует изменений в питании. Для компенсации дефицита белка в пищу может быть добавлен творог, для компенсации дефицита жира — сливки или рыбий жир.

8. Не рекомендуются слишком частые перемены в пище ребенка, так как к каждому новому виду питания ребенок должен привыкнуть.

Ребенок, находящийся на смешанном и особенно на искусственном вскармливании, требует большого внимания медицинского персонала и матери, необходим систематический контроль прибавки массы тела, расчет объема и калорийности питания. Своевременные поправки позволят предупредить развитие гипотрофии — пониженного питания ребенка.

В городах, крупных населенных пунктах большую помощь в организации правильного питания детей оказывают молочные кухни, которые являются профилактическими учреждениями медицинского типа. В молочных кухнях готовят питание как для здоровых, так и для больных детей до 2 лет. Питание выдают по назначению врача или фельдшера. Молочные кухни обеспечиваются молоком высокого

качества, к которому предъявляются особые требования: относительная плотность его должна быть в пределах 1028—1034, кислотность не выше 20° (по Тернеру), содержание жира 3—4 %. Количество эшерихий допустимо не более 10 в 1 мл.

Важную роль в правильной организации питания детей первых месяцев жизни играют донорские, сливные пункты по сбору женского молока, которые обычно организуются при молочных кухнях или детских консультациях-поликлиниках. Здоровые женщины, имеющие избыток молока, привлекаются в качестве доноров. Мать-донор находится под систематическим врачебным контролем не реже 1 раза в месяц. Первичное обследование проводят терапевт, фтизиатр, венеролог. Собирают и хранят донорское молоко в максимально гигиенических условиях.

Питание детей от 1 года до 3 лет. При составлении меню детей от 1 года до 3 лет необходимо учитывать некоторые физиологические особенности ребенка этого возраста: развитие вкусового восприятия, ферментативной активности желудочно-кишечного тракта, достаточное число зубов. Поэтому набор продуктов должен быть разнообразным и включать различные сорта хлеба, всевозможные крупы, зелень, овощи, фрукты, яйца, мясо, кур, рыбу, печень, мозги. Не рекомендуется использовать жирную свинину, баранину, гусей, уток, острые закуски, соусы, пряности, крепкий чай, натуральный кофе, ограничиваются сладости.

Пища ребенка должна быть вкусной, разнообразной; надо готовить первые, вторые и третьи блюда. Суточная калорийность составляет 1300—1500 ккал, т. е. 100—110 ккал/кг массы тела. Потребность в белках, жирах и углеводах на 1 кг массы тела составляет 4:4:16 г. Белки должны быть преимущественно (75 %) животного происхождения, жиры — сливочное масло, сливки, сметана и 10—15 % — растительные жиры (кукурузное, оливковое, подсолнечное масло). Ребенок в сутки должен получать 500—700 мл молока, потребность в воде составляет 80 мл/кг массы тела, в жаркое время года — более 100 мл. Для обеспечения необходимого количества жидкости в меню ребенка включают суп, кисели, компоты, чай, молоко, соки. Рекомендуется 4-разовое питание строго в определенное время. Наиболее калорийными должны быть завтрак, обед, а ужин более легкий, состоящий преимущественно из овощных, крупяных блюд. Фрукты, соки и сладости дают только во время приема пищи. В промежутках между кормлениями дети ничего не должны получать. В этом возрасте детей следует приучать есть самостоятельно, тщательно пережевывать пищу, ничем не отвлекать ребенка во время еды. Не кормить насильно, а если аппетит снижен, необходимо установить причину, по возможности ее исключить, назначить для стимуляции аппетита ферменты. Иногда можно давать для аппетита в небольшом количестве сыр, колбасу, селедку, икру. В перерывах между едой — прогулки на свежем воздухе.

Для сохранения аппетита пища не должна быть очень объемной; рекомендуются следующие приблизительные порции: суп — не более 100—150 г, каша — 150 г, кисель, компот, чай — 100 мл, гарнир ко второму блюду — 80—100 г. Суточный рацион ребенка от 1 года до 3 лет должен составлять 1000—1300 мл.

Питание детей дошкольного и школьного возраста. В связи с быстрым ростом и развитием, интенсивностью обменных процессов, большой двигательной активностью дети нуждаются в большей калорийности питания на 1 кг массы тела, чем взрослые. От 3 до 7 лет необходимо 1800 ккал/сут, от 7 до 11 лет — 2400 ккал, от 11 до 14 лет — 3000 ккал. Потребность в белках, жирах и углеводах на 1 кг массы тела в сутки составляет: в возрасте 3—7 лет — 3,5:3,5—4:10—15 г; 7—11 лет — 3,5:3—3,5:10—15 г; 11—14 лет — 2,5:2,5:9—10 г. Кроме того, рацион ребенка должен быть богат витаминами, минеральными веществами, в том числе и микроэлементами (калий, натрий, кальций, фосфор, железо). Все минеральные вещества содержатся в продуктах питания, однако натрий добавляют в виде поваренной соли. Детям до 7 лет дается с едой в сутки 2—2,5 г соли, школьникам — 3—3,5 г.

Необходимо соблюдать строгий режим питания, который может несколько видоизменяться в зависимости от смены, в которой учится школьник. Для школьников, занимающихся в первую смену, рекомендуется следующий режим питания: завтрак в 7.30—8 ч утра, второй завтрак в школе в 11.30—12 ч, обед в 15—16 ч, ужин в 19.30—20 ч. Для учащихся во вторую смену: завтрак в 7.30—8 ч утра, обед в 13 ч, третье питание в 16 ч, ужин в 20 ч.

Завтрак и обед должны быть наиболее калорийными, богаты белком, на ужин пища преимущественно молочно-растительная, каши. Объем отдельных порций: суп — 400—450 г, каши — 200 г, гарнир на вторые блюда — 250—270 г, чай, кофе, компот, кисель — 200 г. На ужин первое блюдо — 300—350 г, второе блюдо — 200 г. Объем суточного рациона для детей 3—5 лет равен 1400 мл, 5—7 лет — 1500 мл, 7—10 лет — 1800 мл.

НОВОРОЖДЕННЫЕ

Период новорожденности начинается с первого вдоха ребенка и перевязки пупочного канатика и длится 3—4 нед. Этот период характеризуется незрелостью всех органов и систем, особенно ЦНС, а также целым рядом функциональных, биохимических и морфологических изменений, обусловленных переходом от внутриутробного развития плода к внеутробной жизни ребенка. Организму новорожденного свойственна большая лабильность водного обмена. Потребность в воде в среднем составляет 160—200 г/кг массы ребенка в сутки. Все основные функции организма находятся в состоянии неустойчивого равновесия; даже незначительное нарушение условий окружающей среды может привести к серьезным

изменениям в организме и некоторые физиологические процессы легко переходят в патологические. Все это требует особых гигиенических условий и тщательного специального ухода за новорожденным, правильной организации вскармливания.

Для периода новорожденности характерны особые состояния, пограничные между физиологией и патологией, например эритема новорожденных, физиологическая желтуха, физиологический мастит, транзиторная лихорадка, физиологическая потеря массы тела, альбуминурия, мочекислый инфаркт почек, половые кризы.

Болезни периода новорожденности также имеют принципиальные особенности. В этом периоде могут наблюдаться: 1) заболевания врожденные, которые развились у ребенка внутриутробно (токсоплазмоз, врожденный вирусный гепатит, цитомегалия, листериоз, врожденная малярия, туберкулез, сифилис); 2) заболевания, обусловленные врожденными пороками развития органов и систем (врожденные пороки сердца, легких, желудочно-кишечного тракта и т. д.); 3) заболевания, связанные с родовым актом, родовые травмы (повреждение скелета, периферической и ЦНС — расстройства кровообращения мозга, последствия внутриутробной асфиксии, кровоизлияния в мозг, парезы и паралич); 4) гемолитическая болезнь новорожденных, геморрагическая болезнь новорожденных и другие заболевания крови; 5) заболевания, вызванные инфекционным началом и прежде всего кокковой флорой, к которой новорожденный беззащитен, причем заражение может произойти внутриутробно, в период родов и после родов. Отмечается склонность к быстрой генерализации процесса с развитием тяжелых септических и токсико-септических состояний, пневмоний.

К некоторым заболеваниям (корь, краснуха) новорожденные не восприимчивы, так как мать еще внутриутробно, а затем с грудным молоком передает ребенку специфические антитела.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ (ПОГРАНИЧНЫЕ) СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ бывают кратковременными, никогда в дальнейшем не повторяются, но при неблагоприятных условиях могут перейти в патологический процесс.

Альбуминурия — повышенное содержание белка в моче до 0,25 г/л: наблюдается почти у всех новорожденных в течение первой недели жизни и обусловлено повышенной проницаемостью капилляров и увеличенным распадом эритроцитов, а также застойными явлениями в почках в период родов. Лечение не требуется.

Мочекислый инфаркт почек. В первые 2—4 дня жизни у новорожденного бывает 4—5 мочеиспусканий в сутки (в связи с ограниченным поступлением жидкости), к концу первой недели оно уже бывает 15—20 раз в сутки. Мочекислые инфаркты наблюдаются в первые дни жизни ребенка и обусловлены повышенным образованием мочевой кислоты вследствие усиленного распада клеточных элементов и особенностей белкового обмена, а также малым количеством и высокой концентрацией мочи с большим содержанием уратов. Моча при этом окрашена в красноватый цвет и оставляет на пеленках пятна красновато-коричневого цвета. При увеличении количества выпитой жидкости и выделенной мочи в течение первых 10—15 дней инфаркт проходит бесследно. Лечение не требуется.

Половые кризы. Независимо от пола ребенка в первые дни жизни может наблюдаться увеличение молочных желез, обычно двустороннее. Из сосков при надавливании (что противопоказано) выделяется жидкость, напоминающая молозиво. Состояние обусловлено переходом эстрогенных гормонов от матери внутриутробно к плоду. По мере освобождения организма ребенка от материнских гормонов набухание молочных желез исчезает. У девочек, также в результате присутствия в организме материнских половых гормонов, могут появиться слизистые, кровянистые выделения из половой щели. Кроме того, может наблюдаться отек половых органов. Все это обычно бывает на 5—7-й день жизни и сохраняется в течение нескольких дней. Лечения полового криза не требуется. Только при очень большом увеличении молочных желез рекомендуется сухое тепло в виде ватной повязки и при выделениях из влагалища — туалет слабым раствором перманганата калия (1:5000—8000).

Транзиторная лихорадка наблюдается чаще у детей, родившихся с большой массой тела, в период максимальной потери массы тела — на 3—6-й день жизни. Температура тела может повыситься до 38—39 °С и выше, сохраняется в течение нескольких часов, реже 1—2 дня. Обычно общее состояние не нарушается, но в отдельных случаях появляются возбуждение, беспокойство, временный отказ от пищи. Лечение и профилактика транзиторной лихорадки заключаются в своевременном введении жидкости (кипяченая вода, изотонический раствор хлорида натрия, раствор Рингера, 5 % раствор глюкозы) из расчета до 200 г в сутки, но не более 10 % от массы тела. Ребенка пеленают не туго, одевают легко.

Физиологическая желтуха наблюдается у 60—70 % новорожденных, появляется на 3-й день жизни и, постепенно угасая, исчезает на 7—10-й день, а в отдельных случаях (асфиксия в родах, недоношенность, родовая травма) сохраняется до 2—3 нед. Отмечается желтушное окрашивание кожи, слизистых оболочек, склер при сохраняющейся нормальной окраске мочи и стула. Желтуха обусловлена относительной незрелостью печени и бурным распадом эритроцитов в первые дни жизни ребенка. Лечение не требуется. При сильно выраженной желтухе назначают питье 5—10 % раствора глюкозы.

Физиологическая потеря массы тела колеблется от 3 до 8 % массы тела при рождении, максимально наблюдается на 3—4-й день жизни. Большинство детей восстанавливают свою первоначальную массу к 7—10-му дню. Причина потери массы обусловлена относительным недоеданием в первые дни, несоответствием

между получаемой и выделяемой жидкостью, срыгиванием околоплодных вод и др. Потеря массы более 8 % требует уточнения причины.

Физиологическая эритема. Гиперемия кожных покровов иногда с цианотичным оттенком, обусловленная значительным расширением поверхностных капилляров, сохраняется 2—3 дня, затем наступает шелушение, больше на ладонях и стопах. Наблюдается у всех новорожденных, и если она отсутствует в первые дни жизни, необходимо выяснить причину (патология матери во время беременности, родовая травма, ателектаз легких). При обильном шелушении кожу смазывают стерильным рыбьим жиром, подсолнечным маслом. У некоторых новорожденных может быть токсическая эритема в виде слегка инфильтрированной сыпи. Одновременно с яркой пятнистой сыпью появляются беловатые, желтоватые узелки, окруженные венчиком гиперемии. Через 2—3 дня сыпь исчезает бесследно.

ПРИНЦИПЫ УХОДА И ГИГИЕНЫ НОВОРОЖДЕННОГО В ДОМАШНЕЙ ОБСТАНОВКЕ. О выписке новорожденного из родильного дома сообщают в поликлинику телефонограммой. Первичный патронаж осуществляет фельдшер в первый же день после выписки, врач в течение 3 дней. В настоящее время фельдшерский патронаж проводится ежедневно в первые 2 нед пребывания ребенка дома. Систематический и качественный патронаж способствует снижению заболеваемости и смертности новорожденных.

Комната, в которой живет новорожденный, должна содержаться в чистоте и порядке, хорошо проветриваться. Кроватка должна стоять ближе к окну. Матрац жесткий, покрытый клеенкой и затем простынкой. Под голову кладут плоскую маленькую подушку (не пуховую!). Постельные принадлежности ежедневно проветривают, а клеенку моют с мылом. Детское белье после стирки обязательно проглаживают горячим утюгом с двух сторон.

Новорожденного купают ежедневно в кипяченой воде 37 °С с последующим обливанием водой, температура которой на 1 °С ниже. Температура в помещении, где купают ребенка, должна быть 22—23 °С. Лучше купать ребенка вечером, перед кормлением; можно пользоваться «Детским» мылом. Ребенка следует подмывать каждый раз после опорожнения кишечника, лучше проточной водой температуры 36 °С, спереди назад от половых органов к заднему проходу, с тем чтобы не занести инфекцию в половые органы. Ногти на руках и ногах осторожно обрезают маленькими ножницами один раз в 7—10 дней.

Учитывая большую восприимчивость новорожденного к инфекции, нужно оберегать его от контакта с чужими людьми, соблюдать строгую гигиену ухаживающих за ребенком; если используют соски и пустышки, их необходимо перед употреблением кипятить.

НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ

Дети, родившиеся живыми до окончания срока внутриутробного развития (между 28-й и 38-й неделей) с массой тела менее 2500 г и ростом менее 45 см, считаются недоношенными. Если плод родился раньше 28 нед с массой ниже 1000 г и длиной тела менее 35 см, то он считается поздним выкидышем, но если он выживает и его выписывают из родильного дома, то родителям выдают справку о рождении недоношенного ребенка.

Причинами недоношенности чаще всего бывают многоплодная беременность, предшествующие аборты, заболевания женских половых органов, осложнения, связанные с беременностью, инфекционные и неинфекционные заболевания матери, случайные травмы, физические или психические, резус-конфликт; определенную роль может играть неполноценное питание беременной, недостаток в пище витаминов А, Е, аскорбиновой кислоты.

При определении возраста недоношенного учитывают длительность беременности на основании акушерского анамнеза, а также массу и рост новорожденного. Для определения возраста по массе можно ориентировочно пользоваться формулой Отто, по которой масса плода в 6 лунных месяцев в среднем равна 600 г, в 7 мес — 600 · 2 = 1200 г, в 8 мес — 600 · 3 = 1800 г, в 9 мес — 600 · 4 = 2400 г и в 10 мес — 600 · 5 = 3000 г. Однако колебания массы плода могут быть значительными, поэтому возраст лучше определять, сопоставляя показатели массы и роста. С 6-го лунного месяца рост плода определяют, умножая число лунных месяцев на 5; так, в 6 мес рост равен 30 см, в 7 мес — 35 см, в 8 — 40 см, в 9 — 45 см, в 10 мес — 50 см.

Кроме роста и массы, к достоверным признакам недоношенности относится ряд клинических симптомов. Кожные покровы дряблые, морщинистые, при собирании кожи в складку она плохо расправляется из-за недоразвития эластических элементов. Подкожная клетчатка либо отсутствует, либо развита очень слабо. Туловище, конечности и реже лицо покрыто первородным пушком. Ушные хрящи недоразвиты, ушные раковины мягкие, асимметричные, деформированы. Ногти тонкие, мягкие, иногда не доходят до конца ногтевого ложа. Голова по сравнению с туловищем большая, кости черепа обычно заходят одна на другую, малый родничок и швы открыты. У девочек большие половые губы недоразвиты, поэтому половая щель зияет, у мальчиков яички часто не опущены в мошонку. Пупочное кольцо расположено ниже середины расстояния между мечевидным отростком и лонным сочленением, и чем больше степень недоношенности, тем ближе оно к лону. Физиологическая эритема и желтуха у недоношенных выражены интенсивнее, чем у доношенных детей, и сохраняются более длительный срок.

Недоношенный ребенок, который внутриутробно развивался нормально, в преждевременно начавшейся внеутробной жизни оказывается неполноценным. Чем больше срок недо-

ношенности, тем ярче выражена функциональная неполноценность ребенка. Поэтому наряду с общей слабостью у недоношенных имеются признаки недоразвитости ЦНС, сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения. Нарушена теплорегуляция, температура тела может быстро снижаться и также быстро повышаться в зависимости от температуры окружающей среды с колебаниями в пределах 2—5°. Несовершенен акт дыхания, при нарушенном ритме дыхания возможны длительные остановки дыхания (апноэ) вплоть до развития асфиксии, что ведет к возникновению ателектазов с последующим развитием пневмонии. Наблюдается повышенная проницаемость сосудистых стенок, что может привести к нарушению мозгового кровообращения, кровоизлиянию в мозг. Понижена выносливость к пище, при глубокой степени недоношенности могут отсутствовать сосательный и глотательный рефлексы, при этом малейшие погрешности в методике вскармливания могут привести к аспирации пищи и развитию аспирационной пневмонии. Резко снижена общая сопротивляемость организма, иммунитет недостаточен, дети тяжело переносят инфекцию, особенно вирусную, предрасположены к анемии и рахиту.

УХОД ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ. Развитие недоношенных детей зависит от условий среды, ухода и вскармливания. В родильном доме для таких детей желательно выделять отдельные палаты; детей с массой менее 1500 г помещают в специальные кювезы, в которых поддерживают постоянную температуру 32—34 °С с постепенным последующим снижением, постоянный состав воздуха и влажность. Переводить ребенка из кювеза в обычную кроватку можно через 1—$1^1/_2$ мес, а иногда и ранее при достижении массы более 1500 г.

В палате для недоношенных должен быть обеспечен строгий температурный режим в пределах 22—23 °С, обязательны ежедневная влажная уборка дезинфицирующими растворами, регулярное проветривание и кварцевание палаты. Если ребенок находится не в кювезе, то все манипуляции (пеленание, купание, измерение температуры, инъекции и др.) нужно проводить при дополнительном обогревании электроприборами.

Для профилактики расстройств дыхания, приступов асфиксии и развития ателектазов следует систематически менять положение ребенка в кроватке, укладывать его с приподнятым изголовьем, туго не пеленать и периодически давать увлажненный кислород (до и после кормления, при проведении манипуляций). Внутрь назначают по 1 чайной ложке 2—3 раза в день в течение 3—4 нед 0,5 % раствор кофеина, по показаниям сердечные средства.

Процесс мумификации и отпадение пуповины у недоношенных происходят позже, обычно на 2-й неделе, однако чем меньше масса ребенка, тем больше удлиняется срок. Гигиенические ванны рекомендуется начинать только после отпадения пуповины; температура воды 38 °С, к концу 1-го месяца жизни 37 °С, длительность купания 4—5 мин. Прогулки на свежем воздухе можно начинать с 1-го месяца, при массе тела не менее 2000 г зимой — лучше на веранде при температуре не ниже 5—7 °С в течение 10—15 мин 1—2 раза в день, а в теплое время года без ограничения срока.

Выписывать недоношенного ребенка из родильного дома можно, если он здоров, с восстановленной первоначальной массой, но не менее 2200—2300 г, с тенденцией к нарастанию массы, со способностью высасывать из груди матери хотя бы половину положенной нормы молока и усваивать поступившую пищу, с устойчивой температурой тела, но не ранее 15-го дня жизни.

Дома следует особенно строго следить за прибавкой массы, для чего в течение 1-го месяца необходимо взвешивать ребенка каждые 5—7 дней, а затем в течение года 2 раза в месяц.

Для своевременного выявления анемии 1 раз в месяц делают анализ крови. Для профилактики рахита с конца 1-го — начала 2-го месяца жизни назначают витамин D_2 по 2000—10 000 МЕ ежедневно в течение 2—3 мес; после 6 мес курс витамина D_2 можно повторить. С 3—4 мес, после отмены витамина D_2, можно назначить рыбий жир начиная с 1—2 капель в день, постепенно увеличивая до $^1/_2$ чайной ложки в день.

ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ. Недоношенного ребенка необходимо обеспечить материнским или донорским молоком. Первое кормление назначают через 6—8, максимально через 10—12 ч после рождения, при тяжелом состоянии — через 24—36 ч. Если состояние ребенка позволяет, его следует прикладывать к груди, докармливая с ложечки или пипеткой, всего 7—10 раз в сутки, с 6-часовым ночным перерывом. Если ребенок слабый или масса его менее 1500 г, его рекомендуется кормить в течение 10—15 дней только сцеженным материнским молоком. Если ребенок глубоко недоношенный, с отсутствием сосательного и глотательного рефлексов, его кормят через стерильный желудочный зонд, вводимый через рот или нос перед каждым кормлением, всего 5—6 раз в сутки. Целесообразно использовать эластический полиэтиленовый зонд, который можно не извлекать в течение 3—5 сут, фиксировав конец лейкопластырем на щеке. Как только у ребенка появляется глотательный рефлекс, необходимо переходить на кормление пипеткой или с ложечки. Обычно в первые сутки ребенок получает на одно кормление 5 г, на 2-й день — 10 г, на 3-й день — 15 г молока, в последующие дни (до 10-го дня) количество молока определяют из такого расчета: 1 г молока на 100 г массы ребенка, умноженные на возраст, +10. После 10-го дня, в зависимости от степени недоношенности, суточное количество грудного молока составляет $^1/_7$ (110 ккал/кг массы), $^1/_6$ (120 ккал/кг массы), $^1/_5$ (140 ккал/кг массы). В дальнейшем суточная калорийность выше у глубоконедоношенного. С 2-недельного возраста рекомендуется 140 ккал/кг массы.

Калорийность пищи в первые дни жизни должна составлять 40—60 ккал/кг массы ребенка, к 10—14-му дню — около 100 ккал/кг,

к концу 1-го месяца — 130—140 ккал/кг, что составляет около 200 г молока на 1 кг массы. При плохой прибавке массы тела необходимо назначить белок в виде творога в количестве 2—3 % к суточному рациону; творог следует тщательно растереть с грудным молоком и добавлять к 2—3 кормлениям. При недостатке материнского или донорского молока можно проводить смешанное или искусственное вскармливание кислыми смесями. Калорийность должна быть выше на 5—10 %, а объем пищи сохраняют таким же, как при естественном вскармливании. С 1-го месяца вводят фруктовые соки по 1—2 капли, постепенно увеличивая до 1 чайной ложки в день. С 2—3 мес назначают овощные соки и затем овощное пюре.

При правильной организации внешней среды, тщательном уходе и рациональном питании недоношенные дети обычно удваивают массу к 2—3 мес, увеличивают ее в 4 раза к 6 мес, по уровню физического и психического развития (при отсутствии осложнений, заболеваний) обычно к 1 году жизни, а в некоторых случаях и ранее догоняют своих сверстников — доношенных детей.

БОЛЕЗНИ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ см. главу «Акушерство».

АТЕЛЕКТАЗ ЛЕГКИХ чаще бывает у детей ослабленных, недоношенных, родившихся в асфиксии. Выявляется при рентгенологическом исследовании. Клинически выражены явления дыхательной недостаточности, легко присоединяется пневмония.

Лечение. Если нет пневмонии, назначают кислород, сердечные средства, кордиамин, кофеин.

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА — порок развития. Может быть полная непроходимость пищевода, но чаще наблюдается сочетание атрезии пищевода со свищом в трахею.

Симптомы типичны: при первом же кормлении или приеме жидкости через 2—3 глотка вся принятая пища выливается обратно, возникает мучительный кашель, ребенок задыхается и синеет. Все симптомы повторяются при любой попытке кормления. Очень быстро может развиться аспирационная пневмония. Подтверждает диагноз рентгенологическое исследование с липиодолом. Нельзя использовать бариевую массу, так как при свище она легко проникает в легкие и вызывает тяжелые пневмонии.

Лечение. Срочная операция (в первые сутки жизни). Прогноз очень серьезный и зависит от сроков установления диагноза и присоединения аспирационной пневмонии.

АТРЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ — порок развития с возможным полным отсутствием желчных протоков или частичной атрезией (непроходимостью) как внутри печени, так и вне ее.

Симптомы: появление желтухи с первых дней жизни или несколько позднее с постепенным нарастанием ее интенсивности. Кал обесцвечен или сохраняет слабо-желтую окраску, моча интенсивно окрашена, содержит желчные пигменты. Общее состояние ребенка вначале не нарушается, но постепенно развивается цирроз печени, нарастает дистрофия, печень увеличивается в размерах, становится плотной, бугристой. Снижается уровень протромбина в крови, появляются геморрагии.

Лечение только оперативное. Прогноз очень серьезный.

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ. Заболевание развивается внутриутробно, обусловлено несовместимостью крови матери и плода либо по резус-фактору (мать резусотрицательная, ребенок резусположительный), либо по группам крови АВ0. При резус-конфликте в организме матери вырабатываются резус-антитела, которые, попав через плацентарный барьер в кровь ребенка, вызывают гемолиз эритроцитов, содержащих резус-фактор. Интенсивность гемолиза обычно зависит от титра резус-антител у матери (в отдельных случаях такого строгого параллелизма может не отмечаться). Чаще гемолитическая болезнь у новорожденных проявляется после второй и особенно после третьей беременности. Так, первый ребенок, как правило, рождается здоровым, второй — с легкими признаками анемии и только третий — с явными признаками болезни. Если женщина еще до беременности была сенсибилизирована переливаниями резусположительной крови, то даже первая беременность может закончиться выкидышем, рождением мертвого ребенка или ребенка с тяжелыми проявлениями гемолитической болезни. При несовместимости крови по системе АВ0 чаще наблюдаются более легкие клинические варианты гемолитической болезни, но они могут проявляться уже после первой беременности.

Клинически гемолитическая болезнь новорожденных может проявляться тремя формами — отечной, желтушной и анемической.

Отечная форма — самая тяжелая; нередко дети рождаются мертвыми, мацерированными или погибают в первые часы после рождения. Характерен внешний вид новорожденного: резкая бледность кожных покровов и слизистых оболочек, генерализованный отек подкожной клетчатки, накопление жидкости в плевральной, брюшной полостях. Резкая анемия, число эритроцитов падает до 1—1,5 млн., гемоглобин — до 32—48 г/л.

Тяжелая желтуха новорожденных — один из основных по частоте синдромов гемолитической болезни. Ребенок обычно рождается доношенным с желтыми кожными покровами либо желтуха развивается в первые или вторые сутки и прогрессивно нарастает. Кожа становится желто-зеленого или желто-коричневого цвета. Околоплодные воды и первородная смазка также могут быть окрашены в желтый цвет. Печень и селезенка увеличены. Дети вялые, апатичны, плохо сосут. Тоны сердца

приглушены. Моча темного цвета, окраска каловых масс нормальная. В крови анемия, высокое содержание непрямого билирубина в пуповинной крови (от 51,3 до 171 мкмоль/л и выше при норме до 25,6 мкмоль/л). Дальнейшее быстрое повышение уровня билирубина в крови становится токсичным для ЦНС и может развиться клиника ядерной желтухи — появляются судороги, ригидность затылочных мышц и опистотонус, глазодвигательные нарушения, симптом «заходящего солнца». Длительность желтухи до 3 нед и более. При тяжелых формах, особенно при ядерной желтухе, в течение первой недели может наступить смерть; если ребенок остается живым, возможны серьезные последствия в виде отставания психического и физического развития.

Анемия — наиболее легкая форма гемолитической болезни новорожденных. Проявляется обычно в конце первой недели жизни, число эритроцитов снижается до 2—3 млн. Печень и селезенка могут быть увеличены. Диагноз ставят на основании определения группы крови матери и ребенка и исследования резус-фактора. Прогноз хороший.

Лечение. При тяжелых формах гемолитической болезни необходимо раннее заменное переливание резусотрицательной крови. Кровь вводят из расчета 150 мл/кг массы ребенка (максимально 160—170 мл/кг, а при крайней степени желтухи — до 250 мл/кг массы). По показаниям заменное переливание крови можно повторять. Рекомендуется внутривенное капельное введение 10—20 % раствора глюкозы, переливание плазмы (10 мл/кг массы ребенка), введение витаминов группы В, гормональных препаратов; при поражении нервной системы — глутаминовая кислота, витамины B_6, B_{15}.

При анемических формах — дробное повторное переливание резусотрицательной, желательно одногруппной крови по 30—50 мл. В течение 2 нед ребенка к груди не прикладывают, кормят донорским молоком (из-за наличия в молоке матери резус-антител).

Профилактика. Всем беременным проводят исследование крови на резус-фактор и группу крови. При резусотрицательной крови определяют антитела к резус-фактору. При значительном повышении титра антител беременную госпитализируют, проводят специфическую и неспецифическую десенсибилизацию и преждевременное родоразрешение. В случае необходимости ребенку проводят заменное переливание крови.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ развивается вследствие физиологической недостаточности в крови некоторых факторов свертывания крови.

Симптомы. Возникают различной локализации и интенсивности кровоизлияния и кровотечения (кровавая рвота, кровавый стул, кровотечение из пупочной ранки, из носа, кровавая моча, могут быть кровоизлияния внутричерепные, в надпочечники и т. д.). Иногда развивается истинная мелена (кровавая рвота и обильный кровавый стул, общая бледность) на 2—4-й день жизни, которая проходит через 1—3 дня.

При больших кровотечениях может развиться резкая анемия, ребенок становится вялым, дистрофичным.

Лечение. Раннее назначение витамина К по 0,002 г 3 раза в день внутрь в течение 3 дней или викасола в/м по 0,2 мл. Аскорбиновая кислота, витамины B_1, B_{12}, Р. 5 % раствор кальция хлорида по 1 чайной ложке 3—5 раз в день. При тяжелых кровотечениях — переливание одногруппной крови и плазмы из расчета 5—10 мл/кг массы, введение аминокапроновой кислоты. При своевременной терапии прогноз обычно благоприятный, только в особо тяжелых случаях может наступить смерть на фоне массивного кровотечения.

ГИАЛИНОВЫЕ МЕМБРАНЫ ЛЕГКИХ — гомогенные белковые образования, которые накапливаются в альвеолах, выстилают их стенки, альвеолярные ходы и приводят к резкому нарушению газообмена. Чаще наблюдаются у недоношенных или детей, родившихся в асфиксии, при применении кесарева сечения, от матерей, больных диабетом, при предлежании плаценты или преждевременной отслойке плаценты. Предполагается, что в результате повышенной проницаемости легочных капилляров в просвет альвеол проникает высокомолекулярный белок плазмы крови, который подвергается коагуляции и становится основой для образования гиалиновых мембран.

Симптомы. В ближайшие сроки после родов постепенно или внезапно появляются одышка, приступы цианоза, которые быстро прогрессируют. Одышка принимает характер инспираторной со втяжением уступчивых мест грудной клетки. Вначале ребенок очень беспокоен, в дальнейшем, при нарастании дыхательной недостаточности, становится вялым, адинамичным, не может сосать. Кожа приобретает серо-землистый цвет. В легких ослабленное дыхание, кашля нет. При рентгеноскопии — диффузное затемнение легочных полей или сетчато-зернистый рисунок легких. Необходимо дифференцировать от ателектазов, диафрагмальной грыжи, внутричерепных кровоизлияний, кист легких. Прогноз плохой, обычно дети погибают в течение первых 2 сут.

Лечение малорезультативно. Назначают антибиотики, кислород, сердечные средства, глюкозу, витамины.

ДЕРМАТИТ ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ РИТТЕРА. Одна из тяжелых форм пиодермии у новорожденных. Вызывается стафилококком.

Симптомы. Чаще в конце первой недели жизни отмечаются распространенные участки покраснения кожи с обильными пузырями, которые быстро лопаются и обнажают как бы обожженную поверхность. Общее состояние ребенка тяжелое.

Лечение. Дети нуждаются в индивидуальном уходе; пеленки должны быть стерильные. Эрозивные поверхности покрывают стерильной марлей, смоченной стерильным подсолнечным маслом. Назначают пенициллин по

100 000 ЕД /кг массы ребенка в сутки в/м или полусинтетические антибиотики — метициллин и др. по 100 000 ЕД/кг массы в сутки в течение 7—8 дней, переливание крови, плазмы, гамма-глобулин, комплекс витаминов.

КЕФАЛОГЕМАТОМА (кровяная опухоль головы). Кровоизлияние возникает между надкостницей и наружной поверхностью черепных костей. Опухоль флюктуирует, строго отграничивается краями той или иной кости черепа, чаще теменной, реже затылочной. Исчезает кефалогематома через 3—8 нед.

Лечения обычно не требуется: при нагноении — хирургическое лечение, антибиотики.

КРОВОИЗЛИЯНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ. При осложненных беременностях, при внутриутробной асфиксии плода, при патологическом течении родов, при воздействии физических факторов (неправильное наложение щипцов, вакуум-экстрактора) и в некоторых других случаях создаются благоприятные условия для повышенной сосудистой проницаемости, а иногда для разрыва мозговых сосудов, что приводит к внутричерепным кровоизлияниям. По локализации кровоизлияния могут быть: 1) эпидуральные — между костью и твердой мозговой оболочкой; возникают при повреждениии костей черепа; 2) субдуральные — чаще возникают при патологических родах; 3) субарахноидальные — кровоизлияния в мягкую мозговую оболочку (наиболее частая форма); 4) кровоизлияния в вещество мозга и 5) внутрижелудочковые кровоизлияния. Последние два встречаются реже.

Симптомы зависят от интенсивности и локализации кровоизлияния и очень многообразны. При незначительном кровоизлиянии ребенок вялый, сонливый, нарушены сосание и глотание. Иногда клиника внутричерепной родовой травмы появляется спустя 2—3 сут после рождения, что свидетельствует о первоначальном минимальном кровоизлиянии, которое постепенно продолжалось и нарастало. В тяжелых случаях ребенок бледен, движения скованы, широко открыты глаза с устремленным вдаль взглядом, крик монотонный, тихий, судорожные подергивания мышц лица и конечностей, брадикардия, стонущее учащенное дыхание, нарушение терморегуляции. Локальная неврологическая симптоматика зависит от локализации и величины кровоизлияния.

Лечение. Строгий покой после рождения. К груди не прикладывать! Кормить только с ложечки. Туалет проводить осторожно. Холод к голове, кислород. Внутрь витамин К до 5—10 мг в день в течение 3 дней, аскорбиновая кислота, хлорид кальция. По показаниям сердечные средства, при приступах асфиксии — средства, возбуждающие дыхательный центр (цититон 0,2 мл 0,15 % раствора под кожу, лобелин по 0,2 мл 1 % раствора), глутаминовая кислота. При тяжелом состоянии успокаивающий эффект дает аминазин (0,001 г/сут на 1 кг массы ребенка) в 0,25 % растворе (1 мл 2,5 % раствора аминазина растворяют в 9 мл бидистиллированной воды). Для борьбы с отеком мозга и повышением внутричерепного давления показаны внутривенное вливание плазмы по 10 мл/кг массы ребенка каждые 1—2 дня (3—4 раза), а также мочегонные средства.

Прогноз зависит от локализации и интенсивности кровоизлияния. При обширном поражении, особенно области жизненно важных центров, смерть наступает вскоре после рождения при явлениях прогрессирующей асфиксии. При обширном поражении мозга может остаться инвалидность у ребенка в виде гемии монопарезов, гидроцефалии, склонности к судорожным состояниям, нарушения интеллекта, речи. При своевременной, последовательной терапии и умеренном поражении мозга возможно выздоровление без серьезных последствий.

ЛИСТЕРИОЗ — острое инфекционное заболевание; возбудитель болезни листерия передается от домашних животных и птиц. Заражается ребенок внутриутробно, трансплацентарно или при заглатывании околоплодных вод.

Симптомы. На коже с первых часов жизни появляется обильная мелкая сыпь (розеолы и папулы), на слизистой оболочке рта, глотки, пищевода часто бывают высыпания в виде мелких серовато-белых гранулем. Отмечаются лихорадка, расстройства дыхания, приступы цианоза, тахикардия. В легких — явления пневмонии. Увеличены печень и селезенка. Общее состояние напоминает сепсис. В крови лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. При поражении нервной системы клиника напоминает картину гнойного менингита.

Диагноз может быть подтвержден реакцией агглютинации с нарастающим титром у матери и заражением подопытных животных путем введения мочи или спинномозговой жидкости, полученной от больного ребенка. Необходимо дифференцировать от токсоплазмоза, цитомегалии, гнойного менингита другой этиологии. Чем раньше происходит заражение плода, тем серьезнее прогноз; дети погибают в первые дни после рождения. При позднем заражении и раннем комплексном лечении возможно выздоровление.

Лечение. Пенициллин комбинируют с тетрациклином в возрастной дозе; длительность лечения — до полного выздоровления.

МОЛОЧНИЦА (монилиаз) — грибковое поражение слизистых оболочек рта, глотки, реже половых органов в виде белых точечных высыпаний, иногда сливного характера, трудно снимающихся. Чаще заболевание бывает у недоношенных или ослабленных детей, гипотрофиков, на фоне лечения антибиотиками, особенно широкого спектра действия. В некоторых случаях монилиаз принимает тяжелое течение, распространяясь на верхние дыхательные пути, пищевод, желудок. При дальнейшем распространении инфекции возможно развитие грибкового сепсиса.

Лечение. При легких формах лечения не требуется, можно смачивать рот (не снимая налетов) 2 % раствором гидрокарбоната натрия или 20 % раствором буры с глицерином. В тяжелых случаях назначают нистатин

внутрь по 125 000 ЕД 3 раза в день в течение 3—4 дней. Желательно ребенка обеспечить материнским молоком. Прогноз благоприятный, но развитие молочницы на фоне другого заболевания обычно ухудшает течение основного процесса.

НЕКРОЗ ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ АСЕПТИЧЕСКИЙ. У детей, родившихся с большой массой при тяжелых родах, могут развиться очаги некроза подкожной клетчатки, которые связывают с травмой.

Симптомы. На 1—2-й неделе жизни появляются уплотнения подкожной клетчатки различной величины и локализации. Обычная локализация — спина, ягодицы, плечи, конечности, реже — щеки. Кожа над уплотнением или нормальной окраски, или фиолетово-красноватого оттенка. В течение 2—3 мес инфильтрат бесследно рассасывается. В отдельных случаях может присоединиться вторичная инфекция или кальцификация некротизированных участков.

Лечение обычно не требуется, можно применять сухое тепло.

ОПРЕЛОСТЬ. При плохом уходе за ребенком на коже ягодиц, в паховых складках, подмышечных и шейных складках может нарушиться целостность эпидермиса. Чаще опрелость возникает в связи с мацерацией кожи мочой и каловыми массами. В легких случаях отмечается гиперемия кожи, при более выраженной опрелости на общем гиперемированном фоне кожи появляются отдельные эрозии, в тяжелых случаях — обширные эрозивные поверхности на фоне резкой эритемы. Эрозивная поверхность служит воротами вторичной инфекции.

Лечение. Необходимо улучшить уход за ребенком; при легкой опрелости помогают обычная гигиеническая ванна и своевременная смена пеленок, обязательное подмывание после каждого опорожнения кишечника. Кожу смазывают стерильным подсолнечным, персиковым маслом, рыбьим жиром. При тяжелой опрелости показана обработка эрозий 1—2 % раствором нитрата серебра с последующим смазыванием маслом. Пеленать ребенка следует без клеенки. Прогноз при своевременном лечении благоприятный.

ПЕМФИГУС (пузырчатка) новорожденных — поверхностное гнойное воспаление кожи, обусловленное стафило- или стрептококковой инфекцией; заболевание очень контагиозно.

Симптомы. На коже образуются различной локализации и величины пузыри с мутным серозно-гнойным содержимым. Пузыри самостоятельно вскрываются, обнажая эрозивную поверхность. При распространенном процессе общее состояние ребенка тяжелое, выражена лихорадка.

Лечение. Пузыри необходимо вскрывать, не дожидаясь самопроизвольного вскрытия; раневую поверхность обрабатывать 2 % раствором нитрата серебра или 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Используют только стерильные пеленки. Назначают антибиотики, в тяжелых случаях переливание крови, плазмы, гамма-глобулин, витамины. Прогноз благоприятный, в отдельных случаях может развиться сепсис.

ПИЛОРОСПАЗМ — спазмы привратника вследствие несовершенной нервной регуляции моторной функции желудка.

Симптомы — характерны срыгивания и рвота с первых дней жизни ребенка. Чаще возникает у детей с повышенной возбудимостью нервной системы. Рвота бывает непостоянная, не очень обильная, рвотные массы обычно содержат неизмененное молоко, иногда с примесью желчи. Прибавка массы тела ребенка может быть замедленной или прекращается.

Лечение. Кормление назначают чаще, через 2—$2^1/_2$ ч, меньшими по объему порциями молока. В тяжелых случаях временно отнимают от груди и кормят сцеженным молоком; перед кормлением рекомендуется дать 1—2 чайные ложки 5—10 % манной каши, сваренной на грудном молоке. После кормления 8—10 мин держат ребенка в вертикальном положении. На область живота кладут теплую грелку. В упорных случаях назначают аминазин из расчета 0,001—0,002 г/кг массы тела в сутки в/м или внутрь; 2—3 капли 0,1 % раствора атропина 2—3 раза в день; показана витаминотерапия — аскорбиновая кислота, витамины B_1 и B_2. Обычно в течение 2—3 мес явления спазма проходят, если нет сочетания с пилоростенозом.

ПИЛОРОСТЕНОЗ — врожденное сужение привратника за счет гипертрофии циркулярной мускулатуры пилорического отдела желудка; чаще бывает у мальчиков.

Симптомы. Заболевание проявляется на 2—4-й неделе жизни ребенка и характеризуется обильной рвотой («фонтаном»); количество рвотных масс превышает объем съеденной пищи. Ребенок теряет в массе, обезвоживается, у него нарушается электролитный баланс. При осмотре заметна перистальтика желудка. При рентгенологическом исследовании желудка с сульфатом бария отмечается задержка его в желудке более 24 ч, в кишечнике барий обнаруживается небольшими порциями, в то время как при пилороспазме весь принятый барий через 4—6 ч оказывается в кишечнике.

Лечение только хирургическое. При своевременном вмешательстве прогноз хороший.

ПНЕВМОНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ развиваются внутриутробно и после рождения. Могут быть первичными и вторичными (например, при сепсисе). Частота пневмоний в этом возрасте обусловлена анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания, малой сопротивляемостью организма к инфекции, легкостью развития ателектазов, аспирацией околоплодных вод во время родов, аспирацией молока во время кормления, незрелостью дыхательного центра и некоторыми другими моментами. Причиной могут быть микробный и вирусный факторы, грибковая инфекция и простейшие.

Очаговая бронхопневмония чаще начинается с катаральных явлений; постепенно состояние ребенка ухудшается, снижается актив-

ность сосания и прибавка массы тела, появляются незначительная одышка, напряжение крыльев носа, пенистое выделение изо рта, цианоз носогубного треугольника, нарушается ритм дыхания, учащается апноэ; температурная реакция незначительная. В легких прослушивается жесткое дыхание, могут быть единичные влажные хрипы. Если очаговая пневмония вызвана аденовирусной инфекцией, то клиника болезни может быть более острой и яркой (резко вздутая грудная клетка, обилие мелкопузырчатых влажных хрипов, глухие сердечные тоны, уменьшение массы тела, снижение тургора тканей).

Острая интерстициальная пневмония вызывается преимущественно вирусной инфекцией.

Симптомы. Высокая лихорадка, резкое беспокойство, сменяющееся вялостью, отказ от груди, потеря в массе тела, срыгивания, рвота. Может быть менингеальный синдром (напряжение родничка, ригидность затылочных мышц, судороги). Катаральные явления незначительны или отсутствуют. Дыхание «кряхтящее», стонущее, аритмичное, с апноэ, раздуванием крыльев носа; частота дыхания до 80—100 в минуту, цианоз. Грудная клетка резко вздута, дыхание жесткое, хрипы могут не выслушиваться или встречаются единичные сухие и влажные. Тоны сердца глухие, ритм нарушен вплоть до эмбриокардии. Размеры печени увеличены. Может появиться опрелость на коже, молочница на слизистой оболочке рта. Течение пневмонии затяжное — до 3—4 нед, иногда до $1^1/_2$—2 мес. Заболевание может рецидивировать и осложняться отитом, пиодермией, плевритом. Исход не всегда благоприятный.

Септическая пневмония чаще вызывается стафилококковой инфекцией. Может быть первичная стафилококковая пневмония с исходом в сепсис и вторичная — как осложнение сепсиса.

Симптомы. Септическая пневмония — наиболее тяжелая форма пневмонии новорожденных, иногда имеет молниеносное течение с летальным исходом. В анамнезе могут быть указания на очаги стафилококковой инфекции (пиодермия, мастит у матери и др.). Начало бурное, выражен токсикоз. Характерны деструктивные изменения в легких: буллезная эмфизема с мелкими и крупными полостями и абсцессами различной локализации, иногда с прорывом в плевру и развитием пиопневмоторакса и эмпиемы.

Пневмония внутриутробная развивается у плода в результате заболевания матери в период беременности или при аспирации инфицированных околоплодных вод во время родов.

Симптомы. Общее состояние ребенка с первых часов жизни очень тяжелое: одышка, цианоз, приступы асфиксии, повышенная температура, в легких выслушиватся жесткое дыхание, сухие и влажные хрипы.

Пневмония ателектатическая чаще развивается у недоношенных и ослабленных новорожденных детей, так как у них легко образуются множественные ателектазы с нарушением нормальной вентиляции легких и последующими застойными явлениями.

Симптомы болезни не всегда четко выражены. Наблюдаются умеренная одышка, ухудшение общего состояния, усиление цианоза, возможны приступы асфиксии. Над легкими отмечается притупление перкуторного звука соответственно расположению ателектазов. Влажные хрипы удается выслушать только на глубине вдоха при крике ребенка. Течение заболевания вялое, длительное, с периодическими обострениями.

Лечение пневмоний новорожденных. Естественное вскармливание, тщательный уход (приподнятый головной конец постели, частая смена положения ребенка путем поворачивания его с одного бока на другой, на спину), обеспечение постоянного притока свежего воздуха и подача увлажненного кислорода — лучше в кислородной палатке дозированно; коррекция ацидоза. Антибиотики: пенициллин (40 000—50 000 ЕД/кг массы тела в сутки, в тяжелых случаях — 150 000—200 000 ЕД/кг массы тела в сутки в/м), полусинтетические препараты пенициллина, эритромицин (0,04—0,05 г/кг массы тела в сутки), цепорин, гентамицин и другие антибиотики широкого спектра действия. Длительность непрерывного лечения антибиотиками 10—15 дней, целесообразны сочетания антибиотиков в соответствии с имеющейся схемой рациональных комбинаций антибиотиков по А. М. Маршак. Если лечение неэффективно, то через 4—6 дней можно поменять антибиотики или дать другие комбинации препаратов.

При затяжных, особенно стафилококковых пневмониях, показана стимулирующая терапия: антистафилококковый гамма-глобулин по 1,5—3 мл в/м через 2—3 дня, на курс 3—5 инъекций; переливание антистафилококковой плазмы, прямое переливание крови из расчета 5—10 мл/кг массы тела несколько раз через 3—4 дня. При токсикозе — питье 5 % раствора глюкозы и внутривенное вливание 10—20 % раствора глюкозы по 15—20 мл/кг массы тела ежедневно, изотонический раствор хлорида натрия. Иногда, в тяжелых случаях, назначают короткий курс преднизолона из расчета 1—2 мг/кг массы тела в сутки в течение 7—8 дней (максимальную дозу дают 3—4 дня с последующим снижением до полной отмены). С самого начала заболевания назначают кордиамин по 0,2 мл 3—4 раза в день под кожу или сульфокамфокаин по 0,1 мл 10 % раствора в/м 2—4 раза в сутки в зависимости от тяжести состояния.

ПУПОК, ЗАБОЛЕВАНИЯ. В норме пуповинный остаток мумифицируется и отпадает на 5—7-й день, пупочная ранка заживает на 10—14-й день. При инфицировании эти процессы затягиваются, причем могут развиться гангрена пуповинного остатка, мокнущий пупок, фунгус, омфалит. Кроме того, могут наблюдаться врожденные изменения — пупочный свищ и грыжа пупочного канатика.

Гангрена пуповинного остатка. Пуповинный остаток приобретает зелено-бурый цвет, появляется неприятный запах, нарушается общее состояние. Процесс может распространяться и вызвать перитонит.

Лечение. Начинают немедленное лечение антибиотиками широкого спектра действия

и систематический туалет пуповинного остатка; хирургическим путем удаляют некротизированные участки.

Мокнущий пупок. Пупочная ранка заживает медленно, имеется серозное или серозно-гнойное отделяемое.

Лечение. Тщательная систематическая обработка пупочной ранки перекисью водорода и прижигание 5 % раствором нитрата серебра. Следует воздержаться от гигиенических ванн; обработку кожи проводят участками.

Фунгус. При длительно не заживающей пупочной ранке наблюдается чрезмерное развитие грануляционной ткани, которая конусом выпячивается из ранки.

Лечение. Тщательная обработка пупочной ранки и прижигание грануляций 5 % раствором нитрата серебра.

Омфалит — гнойное воспаление пупочной ранки, кожи и подкожной клетчатки вокруг пупка. Ребенок при этом бывает беспокоен, не прибавляет в массе, срыгивает, у него повышается температура. Из пупочной ранки отделяется гнойное содержимое, кожа вокруг отечная, красная. Необходим посев на флору и дифтерийную палочку.

Лечение. Промывание пупочной ранки 3 % раствором перекиси водорода с последующей обработкой 5 % спиртовым раствором нитрата серебра. В дальнейшем повязки с фурацилином или гипертоническим раствором хлорида натрия. При тяжелом течении назначают антибиотики широкого спектра действия и стимулирующую терапию — гамма-глобулин, витаминотерапию.

Пупочный свищ — врожденное заболевание; образуется при частичном или полном незаращении желточно-кишечного или мочевого протока. Из пупочной ранки соответственно постоянно выделяются или каловые массы, или моча. Пупочная ранка не заживает. В имеющееся отверстие легко вводится зонд.

Лечение. При полном незаращении лечение только хирургическое, при частичном — тщательный уход и обработка пупочной ранки. Если в течение 3—5 мес свищ самостоятельно не закрылся, показано хирургическое вмешательство.

Грыжа пупочного канатика. При малом размере грыжевого мешка в области пупка выходит только сальник, при этом он легко вправляется. Лечение проводят консервативно, накладывают специальные повязки, обычно с помощью лейкопластыря. Необходимо устранять метеоризм. В тяжелых случаях в большой грыжевой мешок выпадают не только сальник, но и кишечник, печень, селезенка. Размер грыжи иногда может достигнуть величины головы ребенка. В этих случаях показано срочное оперативное вмешательство.

Заболевания пупочных сосудов — периартериит пупочной артерии и флебит пупочной вены — развиваются при нарушении правил антисептики во время обработки пуповинного остатка и заменных переливаний крови.

Симптомы. Общее состояние ребенка нарушается, повышается температура. Воспалительные явления в области пупка могут отсутствовать, но при пальпации брюшной стенки определяются уплотненные сосуды в виде тяжей на расстоянии 1,5—2 см от пупка. При надавливании сверху вниз или снизу вверх из незаживающей пупочной ранки может выделяться капля гноя. Воспаление сосудов может протекать латентно и осложняться флегмоной, перитонитом, диффузным гепатитом с абсцедированием печени, сепсисом.

Лечение. Вскармливание грудным молоком, антибиотики широкого спектра действия, гамма-глобулин. Местно — повязки с гипертоническим раствором хлорида натрия.

СЕПСИС — заболевание, к которому особенно предрасположены новорожденные. Возбудителем могут быть самые разнообразные микроорганизмы и их сочетания. В последнее время особенно часто выделяется стафилококк. Инфицирование возможно внутриутробно, во время родов и чаще внеутробно. Источником инфекции является больная мать; персонал, ухаживающий за ребенком, может быть носителем инфекции; имеют значение загрязненные предметы ухода, а также пища ребенка и вдыхаемый воздух. Входными воротами инфекции могут быть кожные покровы, слизистые оболочки, желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути; самыми частыми воротами инфекции является пупок. Сепсис не имеет определенных сроков инкубации; при внутриутробном заражении он может начаться на 1-й неделе жизни, в других случаях — на 2-й и даже 3-й неделе. По течению различают две основные формы заболевания — септицемию и септикопиемию.

Общие начальные проявления сепсиса — ухудшение самочувствия, вялое сосание, срыгивания, рвота, прекращение прибавки в массе или небольшое снижение массы тела. Может быть высокая лихорадка, низкий субфебрилитет и даже нормальная температура. Кожные покровы с сероватым оттенком.

Септицемия чаще наблюдается у недоношенных и ослабленных детей, протекает более бурно, злокачественно. Часто начинается остро с резкой интоксикации, нарушений водно-минерального обмена, с развитием диспепсических явлений, желтухи, геморрагического синдрома, быстрой потерей массы. Наблюдаются тахикардия, приглушение сердечных тонов, токсическое дыхание. Иногда превалируют симптомы поражения нервной системы (беспокойство, расстройство сознания, судороги). Отмечаются увеличение печени, селезенки, анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ. В моче могут обнаруживаться лейкоциты, эритроциты, цилиндры.

Септикопиемия, т. е. сепсис с метастазами, вторичными гнойными очагами, протекает более доброкачественно, чаще наблюдается у доношенных детей, с лучшей реактивностью организма. Начинается с появления гнойничков на коже, иногда развиваются абсцессы, фурункулы. Возможны гнойные очаги в плевре, перикарде, в легких, а также гнойный отит, менингит и др. При пупочном сепсисе в случаях, когда входными воротами инфекции был пупок, кроме общих явлений, могут наблюдаться омфалит, периартериит пупочной артерии и флебит пупочной вены.

Лечение. Тщательный уход, вскармливание грудным молоком. Немедленное назначение антибиотиков широкого спектра действия, пенициллин применяют в суточной дозе до 200 000 ЕД/кг массы тела. Целесообразно вводить антибиотики в месте поражения (внутриплеврально, в полость абсцесса и т. д.). В тяжелых случаях показана комбинация антибиотиков с сульфаниламидными препаратами из расчета 0,2 г/кг массы тела в сутки. Проводят стимулирующую терапию — прямое переливание крови, введение плазмы (до 10 мл/кг массы тела каждые 3—4 дня) и гамма-глобулина направленного действия (1,5—3 мл через день, всего 3—5 раз). Кортикостероиды назначают коротким курсом только в остром периоде сепсиса при выраженных общих токсических явлениях (1 мг/кг массы тела в сутки). Рекомендуются витамины, ферменты, местное лечение септических очагов (медикаментозное, хирургическое, физиотерапевтическое). Прогноз благоприятный при своевременном и активном лечении.

СКЛЕРОДЕМА — отек кожи у новорожденных; чаще возникает у недоношенных. Причина не известна.

Симптомы. Кожные покровы бледные, холодные, плотные. При ограниченном процессе (чаще на бедрах) общее состояние не страдает. При распространенных формах состояние тяжелое.

Лечение. Тщательный уход, постоянное согревание тела (грелки, теплые ванны), массаж. В тяжелых случаях преднизолон (1 мг/кг массы тела в сутки в течение 5—7 дней).

СКЛЕРЕМА — диффузный отек кожи и подкожной клетчатки, развивается преимущественно у недоношенных, ослабленных, истощенных детей. Причина не ясна.

Симптомы. Отек чаще начинается с ног, затем последовательно распространяется на туловище и верхние конечности. Ткани очень плотные, при надавливании на них следов не остается. Движения конечностей становятся ограниченными. Общее состояние ребенка тяжелое.

Лечение то же, что и при склеродеме. Целесообразно назначать кордиамин, кофеин. Исход обычно благоприятный.

ТРАВМА РОДОВАЯ, ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ см. *Асфиксия плода* в главе «Акушерство» и *Кровоизлияния внутричерепные* в разделе «Болезни периода новорожденности». Состояние характеризуется нарушением функции ЦНС и регуляции деятельности других органов и систем. Причиной родовой травмы могут быть различные заболевания матери в период беременности, особенно токсикозы второй половины, сердечно-сосудистые заболевания, различные отклонения в течении родов: патологические роды, внутриутробная инфекция.

Симптомы. В родах — асфиксия, нарушение ритма и частоты дыхания, цианоз, в легких — ателектазы. Нарушение сердечно-сосудистой деятельности (глухие тоны сердца, брадикардия, аритмия, снижение АД); снижение мышечного тонуса, рефлексов, возможен судорожный синдром, тихий монотонный крик; нарушение терморегуляции (может быть гипертермия и гипотермия), страдальческое выражение лица.

Лечение то же, что и при внутричерепном кровоизлиянии.

БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ РАННЕГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

АНЕМИЯ наиболее часто развивается у детей первых двух лет жизни в связи с легко возникающим у них дефицитом веществ, необходимых для кроветворения. Депо железа, полученного при рождении, используется у доношенного ребенка к 4—5 мес, у недоношенного к 2—3 мес жизни. При недостаточном его пополнении за счет прикорма (овощи, фрукты, мясо) легко формируется железо-дефицитная анемия, так как основной вид пищи ребенка — молоко, даже материнское, содержит очень мало железа и микроэлементов. Развитию железодефицитной анемии в раннем возрасте способствует также больший, чем у взрослых, расход железа, белка, микроэлементов в связи с быстрым нарастанием массы и длины тела, объема крови, что особенно выражено у недоношенных детей.

Дети, страдающие анемией, чаще болеют, заболевания у них протекают тяжелее, а при пневмонии и желудочно-кишечных расстройствах у них легко развиваются угрожающие жизни состояния. Поэтому своевременная профилактика, ранняя диагностика и правильное лечение железодефицитных анемий очень важны для нормального развития ребенка.

Возможны и другие причины развития анемий при острых инфекционных и желудочно-кишечных заболеваниях, хронических интоксикациях, расстройствах переваривания и всасывания. Анемия может быть гемолитическая (см. *Гемолитическая болезнь новорожденных*), связанная с кровопотерями (травмы, геморрагические диатезы), а также обусловленная аутоиммунными механизмами (при системных заболеваниях соединительной ткани и крови).

Симптомы анемии зависят прежде всего от основной причины, которая ее вызвала.

Железодефицитная анемия обычно развивается у детей первого и второго года жизни при неправильном, длительном, избирательном кормлении только молочной пищей, в том числе и грудным молоком, кашами, при недостатке животных белков, овощей и витаминов, частых заболеваниях, рахите, гипотрофии, недоношенности. У ребенка резко снижается аппетит, постепенно увеличивается бледность, снижается мышечный тонус, появляется систолический (анемический) шум при выслушивании сердца. В зависимости от степени анемии

увеличиваются печень и селезенка. В крови гипохромная анемия, содержание гемоглобина уменьшается до 100, а иногда до 67 г/л и ниже, число эритроцитов снижается не сразу, но в тяжелых случаях может быть менее $3 \cdot 10^{12}$/л. Цветовой показатель ниже 0,85, снижено содержание сывороточного железа.

Л е ч е н и е. Строгий режим дня и питания, длительное пребывание на свежем воздухе. Пища должна быть богата витаминами, минеральными солями, животным белком (овощи, зеленый горошек, морковь, фрукты, печень, мясо, творог, желток и др.). Назначают препараты железа, меди, аскорбиновой кислоты (Ferri lactas по 0,1—0,3—0,5 г 2 раза в день; 0,5 % или 1 % раствор Cupri sulfas по 5—10 капель детям раннего возраста и по 15—20 капель старшим; аскорбиновая кислота по 0,1—0,2 г на прием). Хорошее действие оказывает гемостимулин по 0,15—0,5 г 3 раза в день в соответствии с возрастом ребенка. При тяжелых формах анемии (содержание гемоглобина ниже 75 г/л) обязательно стационарное лечение — переливание эритроцитной массы, витамин B_{12}, (парентеральное введение железа в исключительных случаях).

Прогноз при своевременном диагнозе железодефицитной анемии и правильном лечении хороший.

Лечение других форм анемии у детей раннего и старшего возраста начинают с устранения основной причины заболевания (лечение рахита, гипотрофии, острых заболеваний, глистной инвазии, туберкулезной интоксикации и т. д.), в остальном принцип терапии тот же.

АНОРЕКСИЯ — отсутствие аппетита. Может возникнуть у ребенка при различных острых и особенно хронических заболеваниях, при неправильном, однообразном вскармливании, при насильственном кормлении. У ребенка может возникать отрицательная реакция на вид пищи, посуду, из которой он мог получать горькое, невкусное лекарство, на человека, который его кормит.

Л е ч е н и е. Необходимо исключить причину анорексии (лечение основного заболевания), назначить правильный, соответственно возрасту, режим и рацион питания, прекратить насильственное кормление. Необходимы ферменты желудочного и панкреатического соков — пепсин с хлористоводородной кислотой до еды и панкреатин после еды, комплекс витаминов, особенно группы В, аскорбиновая кислота. В тяжелых случаях рекомендуется гамма-глобулин по 1,5—3 мл через день 2—3 раза.

АСТМА БРОНХИАЛЬНАЯ. Более чем у половины детей астма начинается в раннем возрасте, до 3 лет. Различают две формы астмы — истинно аллергическую и инфекционно-аллергическую. В первом случае имеет значение, особенно у детей раннего возраста, сенсибилизация пищевыми аллергенами, разрешающими факторами могут быть острое респираторное заболевание, грипп, пневмония. Инфекционно-аллергическая форма астмы развивается на фоне повторных, рецидивирующих или хронических бронхолегочных заболеваний. Несомненное значение имеют наследственная предрасположенность к астме, наличие семейных случаев и экссудативного диатеза.

С и м п т о м ы. У детей раннего возраста предвестником заболевания нередко могут быть чиханье, кашель, беспокойство, снижение аппетита. Постепенно, чаще на фоне острого респираторного заболевания, развивается отек слизистой оболочки бронхов с усиленным образованием секрета, который с трудом отделяется, закупоривает просветы бронхов, особенно мелких, что может привести к ателектазу. Выражена одышка, чаще смешанного характера, но с особым затруднением выдоха. В акте дыхания принимают участие все вспомогательные мышцы. В легких выслушивается большое число разнокалиберных влажных и сухих хрипов (влажная астма). Отмечается общее беспокойство ребенка.

У детей старшего возраста приступы бронхиальной астмы обычно протекают так же, как и у взрослых. Однако если заболевание начиналось с раннего возраста, то ребенок отстает в росте, у него выражена дистрофия, деформация грудной клетки, в период вне приступа сохраняется усиленная секреция слизистых желез дыхательных путей с образованием трудно отделяемого, вязкого секрета. Приступы нередко принимают затяжной характер с развитием астматического статуса. В крови стойкая эозинофилия.

Л е ч е н и е. Для купирования острого приступа удушья вводят под кожу 0,1 % раствор адреналина в дозе 0,2—0,75 мл в зависимости от возраста. Эффект наступает через 2—3 мин и сохраняется в течение часа. Более медленный, но стойкий эффект дает подкожное введение 5 % раствора эфедрина (по 0,1 мл на год жизни), спазм снимается через 40—60 мин, действие сохраняется 4—6 ч. Эфедрин можно давать также внутрь в таблетках (от 0,005 до 0,025 г в зависимости от возраста ребенка). Применяют также эуфиллин в/в, в свечах и таблетках, теофедрин, антастман, солутан, антигистаминные препараты — димедрол, дипразин, супрастин.

При тяжелых приступах необходима госпитализация. В крайне тяжелых случаях назначают кортикостероидные препараты и проводят бронхоскопию по жизненным показаниям. Лечение в межприступном периоде включает строгий режим, общеукрепляющую терапию, комплекс витаминов, санацию очагов хронической инфекции (носоглотка, полость рта), длительное пребывание на свежем воздухе. Имеют значение лечебная физкультура, дыхательная гимнастика под руководством методиста ЛФК, санаторное лечение в условиях той климатической зоны, в которой живет ребенок.

По возможности следует убрать из дома домашних животных, птиц, рыб, цветы с резким запахом, исключить из питания продукты, провоцирующие аллергические реакции и приступы астмы у ребенка (часто это рыба, икра, апельсины, ананасы). Важное значение имеет психотерапия, стремление не фиксировать внимание ребенка на характере болезни. Широко применяют интал. В тех случаях, когда уста-

новлен аллерген, показана специфическая гипосенсибилизация.

БРОНХИТ АСТМАТИЧЕСКИЙ — заболевание, которое нередко предшествует бронхиальной астме, но может являться и особой формой бронхита, чаще наблюдаемой у детей раннего возраста, с крупной массой тела, «рыхлых», страдающих экссудативным диатезом, рахитом.

Симптомы. Выражены катаральные явления, одышка, «пыхтящее» дыхание, слышное на расстоянии, частый, мучительный кашель, иногда приступами. В легких выслушиваются влажные, разнокалиберные сухие хрипы в большом количестве. Нередко отмечается субфебрильная температура. Такое состояние может длительно сохраняться, периодически рецидивировать на фоне острых респираторных заболеваний, способствовать развитию пневмонии или бронхиальной астмы. При правильном лечении астматический бронхит излечим.

Лечение включает прежде всего терапию основного заболевания (рахита, экссудативного диатеза), строгий режим, свежий воздух, систематическое проветривание помещения. Важны рациональное питание с исключением продуктов, усиливающих экссудативные проявления, назначение витаминов, гипосенсибилизация антигистаминными препаратами (димедрол, дипразин, супрастин).

Профилактика. Предупреждение развития рахита, систематическое закаливание.

БРОНХИТ ОСТРЫЙ — воспаление слизистой оболочки бронхов. Вызывается различными микробами и вирусной инфекцией, чаще бывает весной и осенью у детей, страдающих аденоидами и хроническим тонзиллитом.

Симптомы. Ухудшаются самочувствие ребенка, аппетит, сон. Температура первые 1—2 дня может быть высокой, затем субфебрильной. Кашель вначале сухой, затем влажный, упорный с отделением мокроты, которую дети раннего возраста обычно заглатывают. В легких выслушиваются сухие и влажные хрипы. Длительность болезни 1—2 нед, исход — выздоровление. Может встречаться затяжное течение; у детей раннего возраста возможны осложнения (пневмония, отит, стоматит и др.).

Лечение. Постельный режим, проветривание комнаты, обильное теплое питье (настой малины, липового цвета, теплое молоко с подогретым боржомом или гидрокарбонатом натрия), ацетилсалициловая кислота, амидопирин. При сухом кашле у детей старше года назначают кодтерпин или кодтермопсис (0,001 г на 1 год жизни на прием), при влажном кашле — отхаркивающие микстуры, нашатырно-анисовые капли, горчичники, банки.

БРОНХИТ ХРОНИЧЕСКИЙ обычно является исходом острого бронхита у ослабленных детей, с хроническим воспалением носоглотки, придаточных пазух.

Симптомы. Признаки общей хронической интоксикации: ребенок бледен, раздражителен, отказывается от еды, плохо спит, потлив; отмечаются субфебрилитет, постоянный, периодически усиливающийся кашель. В легких определяется эмфизема, выслушиваются сухие и периодически влажные хрипы. Течение рецидивирующее, затяжное.

Лечение направлено на ликвидацию очагов хронической инфекции в носоглотке, придаточных пазухах, повышение общей сопротивляемости организма ребенка. С этой целью рекомендуют режим, полноценное питание, лечебную физкультуру, комплекс витаминов, препараты кальция, периодически курсы антигистаминных средств (димедрол, дипразин, супрастин). В период обострения — сульфаниламидные препараты (0,2 г/кг массы тела в сутки) или антибиотики (пенициллин, эритромицин, олететрин) в течение 4—6 дней. УВЧ на область грудной клетки или ультрафиолетовое облучение (при отрицательных туберкулиновых пробах.)

БОЛИ В ЖИВОТЕ. Дети очень часто жалуются на боли в животе; важно быстро выяснить причину этих болей для оказания своевременной и правильной помощи. У детей грудного возраста боли в животе чаще всего обусловлены значительным скоплением газов в кишечнике — метеоризмом. При этом живот вздут, ребенок крайне беспокоен, кричит. Нередко боль имеет характер приступов. Обычно после опорожнения кишечника или отхождения газов ребенок успокаивается. В этом возрасте при быстро развившихся болях в животе необходимо исключить инвагинацию, так как в связи с неравномерной перистальтикой и несовершенной регуляцией моторной функции кишечника тонкая кишка легко внедряется в толстую. У детей раннего возраста, правда, значительно реже, чем у старших детей, встречаются аппендицит и ущемление грыжи. У детей более старшего возраста боли в животе могут возникать при острых и хронических заболеваниях кишечника (колит, энтероколит, дизентерия), при холецистите, остром или хроническом воспалении мезентериальных желез, глистной инвазии.

У нервных, легковозбудимых детей с вегетативными расстройствами частые различной локализации и характера боли в животе могут объясняться преходящим спазмом различных отделов желудочно-кишечного тракта. Подобные нарушения моторной функции (дискинезии) можно подтвердить при рентгенологическом исследовании желудка и кишечника с барием. Строгий режим питания и правильный распорядок дня, лечебная физкультура, средства, успокаивающие нервную систему, а в отдельных случаях антиспастические препараты обычно улучшают состояние детей.

Боли в животе у детей могут возникать и при болевой реакции, исходящей из мышц брюшного пресса, вследствие постоянного напряжения, например при длительном мучительном кашле при коклюше, бронхите, при чрезмерных занятиях спортом (футбол, лыжи, «гимнастические» боли в прямых мышцах живота). Боли также могут быть обусловлены гиперестезией кожи при заболеваниях нервной системы (менингит), при тифе. В этих случаях боль имеет распространенный характер, не ограничиваясь только областью живота.

Особенностью детского возраста является

частота абдоминального синдрома при самых различных заболеваниях, не связанных с областью живота, например при острых детских инфекциях — кори, скарлатине, паротите; при пневмониях, гриппе, ангине, плеврите, менингите; при геморрагических диатезах, особенно при капилляротоксикозе; при ревматизме и других коллагеновых болезнях. Нередко в подобных случаях боли в животе бывают первым проявлением болезни. Поэтому для установления правильного диагноза необходимо тщательно осмотреть ребенка. При ощупывании живота следует максимально отвлечь внимание ребенка от проводимой манипуляции, так как если боли имеют рефлекторный характер, то даже глубокая пальпация не вызывает болевых ощущений. На фоне лечения основного заболевания обычно исчезают и боли в животе.

До установления точного диагноза и выяснения причины болей в животе нельзя прикладывать грелку к животу, делать клизму и давать обезболивающие средства!

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ДИАТЕЗЫ (капилляротоксикоз, или болезнь Шенлейна — Геноха, тромбоцитопеническая пурпура, или болезнь Верльгофа) — см. главу «Внутренние болезни».

ГИДРОЦЕФАЛИЯ (водянка головного мозга) см. главу «Нервные болезни».

ГИПЕРВИТАМИНОЗ D см. *Рахит.*

ГИПОТРОФИЯ — хроническое расстройство питания и трофики тканей, относящееся наряду с анемией и рахитом к дефицитным состояниям, наиболее свойственным детям первых 2 лет жизни. Различают пренатальную и постнатальную гипотрофию. Пренатальная гипотрофия фиксируется уже при рождении ребенка или в первые 2—3 нед его жизни. Основной ее причиной является внутриутробное или развившееся сразу после рождения нарушение трофической функции ЦНС, вызываемое целым рядом факторов риска — токсикозами и заболеваниями беременных, патологией плаценты, профессиональными вредностями, алкоголизмом, курением и др.

Постнатальная гипотрофия развивается у ребенка, родившегося здоровым, под воздействием также целого комплекса факторов — алиментарных, инфекционных, обусловленных конституциональными особенностями или пороками развития, связанных с дефектами ухода и воспитания.

Симптомы. Гипотрофия I степени характеризуется отставанием в массе тела не более чем на 20 % по отношению к норме. Рост не отстает. Подкожный жировой слой уменьшен на туловище. При гипотрофии II степени масса снижена на 20—40 % по отношению к норме, имеется некоторое отставание в росте. Подкожный жировой слой отсутствует на туловище и недостаточно развит на конечностях. Кожные покровы сухие, собираются в складки, снижен мышечный тонус. Ребенок бледный, вялый, раздражительный, аппетит снижен, появляются срыгивания, неустойчивый стул. Гипотрофия III степени, или атрофия, характеризуется снижением массы более чем на 40 % по отношению к норме, отставанием в росте, полным исчезновением подкожной жировой клетчатки на туловище, конечностях и на лице. Лицо ребенка морщинистое, старческое, глаза запавшие, кожные покровы серо-грязной окраски, сухие, мышцы дряблые, атрофичные. Конечности холодные, температура тела понижена. Тоны сердца глухие. Аппетит отсутствует, наблюдаются срыгивание, рвота, диспепсический стул. Апатия, периодически возбуждение. Отмечается резкое снижение иммунитета (сопротивляемости), поэтому при гипотрофии часто возникают различные осложнения — отит, пиодермия, пневмония, пиурия, которые имеют вялое, атипичное течение.

Лечение должно быть комплексным и строго индивидуальным. Прежде всего необходимо выяснить причину гипотрофии и по возможности ее устранить. Основным в лечении является питание. При гипотрофии I степени и начальных признаках II степени ребенку нужно дать питание соответственно его возрасту. При гипотрофии II—III степени в течение 1-й недели питание назначают в количестве, равном $^1/_2$—$^2/_3$ объема питания, необходимого для ребенка в данном возрасте. Недостающий объем пищи восполняется жидкостью — чаем, глюкозой, изотоническим раствором хлорида натрия. При адаптации больного к такому питанию прекращаются рвота и уменьшение массы, нормализуется стул. Через 6—7, иногда 10 дней можно постепенно повышать объем и калорийность пищи преимущественно за счет белка (свежий творог от 1 до 3 чайных ложек в день), а затем углеводов — до возрастной нормы. Вначале число кормлений должно быть более частым с интервалами $1\,^1/_2$—2 ч, затем постепенно перерывы между кормлениями увеличивают. Всех детей грудного возраста в начале лечения нужно обеспечить материнским или донорским молоком (не менее 200—300 мл/сут). Сразу же назначают фруктовые соки. Хорошим показателем правильного питания является улучшение общего состояния и аппетита, прекращение снижения массы тела, постепенное ее увеличение.

Кроме диетотерапии, рекомендуется стимулирующая терапия: переливание плазмы по 5—7 мл/кг массы тела через 3—4 дня, переливание крови по 5—7 мл/кг массы тела через 5—7 дней, всего 3—5 раз.

При наличии гнойных очагов инфекции назначают антибиотики. Показаны комплекс витаминов, ферменты (пепсин с хлористоводородной кислотой или натуральный желудочный сок, панкреатин по 0,15 г 3 раза в день после еды). Рекомендуются массаж, лечебная гимнастика (прежде всего дыхательная), тщательный уход за кожей и слизистыми оболочками. Для повышения психического тонуса ребенок нуждается в ласковом материнском уходе, прогулках на свежем воздухе.

ГИРШПРУНГА БОЛЕЗНЬ — врожденного характера расширение толстой кишки, чаще сигмовидного отдела, приводящее к длительной задержке каловых масс в кишечнике и к частичной непроходимости.

Симптомы болезни могут появиться

с первых дней жизни, а иногда и к концу года. Главные из них — упорные длительные запоры, вялость, бледность, головная боль, боли в животе, потеря аппетита, прогрессирующее увеличение живота, затрудненное дыхание, тахикардия. После сифонной клизмы состояние улучшается, затем постепенно вновь нарастают признаки каловой интоксикации.

Лечение. Регулярные сифонные клизмы, массаж живота, лечебная гимнастика. При подтверждении диагноза — хирургическое вмешательство независимо от возраста ребенка.

ГЛИСТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ см. главу «Внутренние болезни».

ДИАБЕТ САХАРНЫЙ см. главу «Внутренние болезни»

ДИАТЕЗ ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНЫЙ. Состояние, при котором наблюдаются необычные реакции со стороны кожи и слизистых оболочек дыхательных путей, пищеварительного и мочевыводящего тракта на различные раздражители внешней и внутренней среды, в том числе на продукты питания. Нередко отмечается наследственная предрасположенность к диатезам. Чаще проявления экссудативного диатеза наблюдаются у детей до 2—3 лет.

Симптомы. К самым ранним проявлениям экссудативного диатеза относятся себорея и молочный струп, который обычно возникает в первые 2—3 мес жизни. В результате избыточного отделения секрета сальных желез на голове, особенно в области большого родничка, над бровями образуются желтые корки, которые после удаления появляются вновь. Несколько позднее молочный струп обнаруживают на щеках — это ограниченное покраснение кожи с некоторым утолщением эпидермиса и образованием чешуек, затем на этом месте может появиться сухая или мокнущая экзема с резким зудом. Кроме того, у детей развиваются опрелости в паховых складках, за ушами, в подмышечных впадинах, в шейных складках.

Позднее, в возрасте 4—5 мес, появляется строфулюс — почесуха, зудящие узелки красного цвета, чаще располагающиеся на разгибательных сторонах конечностей. Отмечается склонность этих детей к конъюнктивитам, катарам верхних дыхательных путей, нередко осложняющимся пневмонией, к диспепсии, которая может развиться при малейшей погрешности в питании. Наблюдаются частые вульвовагиниты с последующей восходящей инфекцией мочевых путей.

Дети, страдающие экссудативным диатезом, отличаются повышенной возбудимостью, раздражительностью, очень впечатлительны, тревожно спят. У них лабильный обмен веществ, особенно водно-солевой, чаще это дети «рыхлые», пастозные, с повышенной массой, но при малейшем заболевании очень быстро теряющие ее. Любые заболевания (особенно пневмония и желудочно-кишечные нарушения) на фоне экссудативного диатеза имеют склонность к затяжному, рецидивирующему течению.

У детей старше 3 лет экссудативный диатез обычно выражается ограниченной или распространенной экземой, нередко с исходом в нейродермит, периодической крапивницей. До 5—6 лет может сохраняться строфулюс. Характерен также «географический» язык (изменение поверхностной структуры языка, напоминающее географическую карту).

У многих детей экссудативный диатез сопровождается значительным увеличением периферических лимфатических узлов (особенно шейных, подчелюстных), гипертрофией миндалин и аденоидов с развитием в них очагов хронической инфекции. В крови стойкая эозинофилия. Сохраняется склонность к катарам верхних дыхательных путей, которые сопровождаются бронхитами, иногда с астматическим синдромом. В некоторых случаях на фоне экссудативного диатеза развивается бронхиальная астма. Течение экссудативного диатеза обычно волнообразное, у большинства детей к 2—3 годам кожные изменения исчезают, может сохраниться только особая чувствительность, ранимость дыхательных путей.

Лечение. Необходимо прежде всего выяснить, какие вещества или продукты питания усиливают экссудативные проявления у ребенка, исключить их из пищевого рациона. При этом в пище должны быть все необходимые ингредиенты для нормального физического развития ребенка с преобладанием растительной пищи и ограничением молока. Обычно исключают яйца, шоколад, мед, какао, плоды цитрусовых, концентрированные бульоны. В особо тяжелых случаях у детей первых месяцев жизни, вскармливаемых только материнским молоком, если не помогает строгое ограничение в питании матери, приходится быстро переходить на смешанное вскармливание, а иногда полностью отнимать ребенка от груди. Детям более старшего возраста, пастозным, «рыхлым», с избыточной массой, ограничивают суточное потребление жидкости, углеводов (каши, хлеб, печенье, картофельное пюре), заменяя эти продукты овощами, белком. Необходимо в рационе обеспечить большое количество витаминов, особенно группы В и аскорбиновой кислоты.

Уход за ребенком и режим должны быть индивидуальными, обязательны закаливание, лечебная гимнастика, массаж. Чтобы ребенок не расчесывал кожу при сильном зуде, нужно зашивать рукава распашонки, а в отдельных случаях приходится даже фиксировать руки. При обширном поражении кожных покровов нельзя туго пеленать ребенка, так как в связи с несовершенством терморегуляции в период беспокойства, зуда может произойти его перегревание с резким повышением температуры тела.

Лечение кожных проявлений местное и общее. Рекомендуют общие ванны со слабым раствором перманганата калия или череды (1—2 столовые ложки череды в марлевом мешочке опускают в ванну) 1 раз в день. Лечение экземы зависит от ее характера. При мокнутии назначают противовоспалительные примочки (раствор буровской жидкости), затем слегка подсушивающие мази. При сильном зуде и обширном кожном поражении применяют 1,5—2 % гидрокортизоновую мазь, синалар. Эф-

фект быстрый, но не стойкий. При сухой экземе, строфулюсе показаны болтушки, присыпки (см. главу «Кожные болезни»). Проводят гипосенсибилизирующую терапию антигистаминными препаратами (димедрол по 0,003—0,01 г 2 раза в день в течение 3 нед). В тяжелых случаях назначают аминазин в возрастной дозе, короткие курсы преднизолона (0,5—1 мг/кг массы тела в сутки) с постепенным снижением суточной дозы в течение 7—10 дней до полной отмены препарата.

Профилактические прививки детям, имеющим среднетяжелую форму экссудативного диатеза, следует проводить только в возрасте 2—3 лет с большой осторожностью на фоне антигистаминных препаратов (димедрол, дипразин или супрастин в возрастной дозе в течение 3—5 дней) и приема рутина, аскорбиновой кислоты, препаратов кальция. В тяжелых случаях временно от прививок следует воздержаться.

ДИСПЕПСИЯ ПРОСТАЯ — заболевание, развивающееся преимущественно у детей первого года жизни. Причины: неправильное вскармливание ребенка (обильное частое кормление, перекорм, недокорм, пища, не соответствующая возрасту, быстрый переход на искусственное вскармливание, перегрузка жиром, углеводами или белком), нарушение режима, ухода (перегревание, отнятие от груди в жаркое время года), кишечная инфекция (повышение активности условно-патогенной флоры), а также различные другие заболевания (пневмония, отит, острое респираторное заболевание), на фоне которых развивается так называемая парентеральная диспепсия. Возможно сочетание перечисленных факторов. Чаще диспепсия наблюдается у ослабленных детей, страдающих экссудативным диатезом, рахитом, гипотрофией.

В основе заболевания — снижение ферментативной деятельности желудочно-кишечного тракта, усиление бродильных процессов с образованием большого количества газов, снижение всасывательной функции кишечника.

Симптомы. Начало чаще острое; появляется срыгивание, иногда рвота, снижается аппетит. Стул 8—10 раз в сутки, жидкий, с кислым запахом, желто-зеленого цвета с небольшим количеством слизи, в каловых массах белые комочки омыленных жиров (похожие на частички рубленого белка куриных яиц). Выражен метеоризм, поэтому ребенок периодически бывает беспокоен, плачет, после отхождения газов быстро успокаивается. Общее состояние страдает мало, температура нормальная. Интенсивность прибавки массы несколько замедляется.

Лечение. Необходимо выяснить причину, вызвавшую диспепсию, устранить перекорм или не соответствующую возрасту пищу, исключить смеси, богатые жиром и сахаром. В первые 6—9 ч пропускают одно или два кормления, дают ребенку в это время обильно пить изотонический раствор хлорида натрия и чай из расчета 150 мл жидкости на 1 кг массы тела в сутки. При парентеральной диспепсии с небольшими диспепсическими явлениями можно не устраивать перерыва в кормлении, т. е. продолжать кормить грудью, а при искусственном вскармливании заменить молочные смеси кислыми (кефир, пахтанье).

После паузы в кормлении ребенка прикладывают к груди только на 5 мин или дают сцеженное молоко, а при искусственном вскармливании — кислые смеси, но в половинном количестве. Затем в последующие 2—3 сут количество пищи постепенно доводят до возрастной нормы (под контролем стула). Недостающее количество питания компенсируют жидкостью. Назначают витамины, пепсин с хлористоводородной кислотой или натуральный желудочный сок, панкреатин.

Rp.: Ac. hydrochlorici diluti 1,0
Pepsini 2,0
Aq. destill. 100,0
M. D. S. По 1 чайной ложке 3 раза в день до еды

Rp.: Pancreatini 0,15—0,2
Calcii carbonati 0,25
M. f. pulv. D. t. d. N. 10
S. По 1 порошку 3 раза в день после еды

При метеоризме, болях в животе показаны тепло на живот, согревающий компресс, укропная вода, отвар ромашки по 1 чайной ложке несколько раз в день, газоотводная трубка. При парентеральной диспепсии, помимо диеты, необходимо лечение основного заболевания; назначают антибиотики, сульфаниламидные препараты. При правильном, своевременном лечении течение и исход заболевания благоприятны.

ДИСПЕПСИЯ ТОКСИЧЕСКАЯ см. *Токсический синдром.*

ЗАПОРЫ наблюдаются довольно часто как в старшем, так и в раннем детском возрасте. У новорожденных задержка стула может указывать на врожденную патологию различных отделов желудочно-кишечного тракта (пилоростеноз, атрезия или сужение какого-либо отрезка кишечника). Необходима срочная консультация хирурга.

У детей грудного возраста запоры возникают при голодании (гипогалактия у матери) или при избыточном содержании в пище белка (перегрузка творогом), жира (очень жирное грудное молоко или перегрузка сливками), при однообразном питании искусственными смесями, при снижении тонуса мышц брюшного пресса у детей, страдающих рахитом, гипотрофией, а также при болезни Гиршпрунга (см.).

У детей старшего возраста при нарушении режима питания и однообразной пище, содержащей мало клетчатки, могут возникнуть привычные запоры. Кроме того, нередко дети во время игры, в период занятий в школе систематически подавляют позывы к дефекации, в результате чего постепенно растягивается нижний отрезок толстой кишки, нарушается тонус его мускулатуры, что также ведет к привычным запорам. Часто запоры возникают после перенесенных острых кишечных заболеваний (дизентерия, колит) в результате сохраняющихся длительное время спастических явлений кишечника, а также при трещинах заднего прохода (из-за боязни боли дети задерживают

стул). При постоянных запорах у детей снижается аппетит, ухудшается сон, появляются быстрая утомляемость, головная боль, раздражительность, т. е. признаки аутоинтоксикации.

Лечение должно быть направлено на устранение причины запора. Детям грудного возраста добавляют соки, при смешанном вскармливании в соответствии с возрастом систематически дают овощные, фруктовые пюре, чернослив. Детям старшего возраста назначают продукты, усиливающие перистальтику: черный хлеб, простоквашу, кефир и др. Необходимо приучать ребенка к регулярному опорожнению кишечника в одно и то же время, т. е. способствовать выработке условного рефлекса. Показаны лечебная гимнастика, массаж живота, в старшем возрасте спорт. При трещинах заднего прохода — свечи с анестезином. Клизмы и слабительные средства целесообразны только вначале, пока устраняются причины запора, а затем их следует избегать! Хороший эффект дают глицериновые и вазелиновые свечи, прием растительного и вазелинового масел внутрь.

КИШЕЧНЫЙ ИНФАНТИЛИЗМ (целиакия) — синдром недостаточного всасывания. Это расстройство пищеварения связано с нарушением всасывания в тонком кишечнике жиров и углеводов. Состояние может быть врожденным и приобретенным как осложнение после других заболеваний.

Симптомы. Чаще заболевание появляется в возрасте 2—3 лет. Основной симптом болезни — обильный, кашицеобразный, слабо окрашенный, иногда пенистый стул. Постепенно снижается аппетит, ребенок становится вялым, бледным, снижается мышечный тонус, нарастают дистрофия, анемия. Увеличивается размер живота. Если такое состояние сохраняется длительное время, ребенок отстает в росте, развиваются остеопороз, рахитические изменения (снижение в крови уровня фосфора, кальция).

Лечение. Высококалорийная диета с ограничением жира и крахмала; из пищевого рациона исключают хлеб пшеничный и ржаной, изделия из овса. Можно употреблять хлеб из соевой, гречневой и рисовой муки. Дети хорошо переносят кислые молочные смеси, кефир, творог, мясо, картофель, овощи, фрукты, мед. Необходимы большие дозы, но в соответствии с возрастом, витаминов А, группы В, панкреатин до 1—2 г/сут после каждого приема пищи. При рациональной диете и своевременном лечении, особенно при вторичных целиакиях, прогноз благоприятный. Иногда заболевание может рецидивировать.

КОЛЛАГЕНОВЫЕ БОЛЕЗНИ см. главу «Внутренние болезни». В детском возрасте эти болезни имеют тенденцию к более острому течению, с выраженными экссудативными проявлениями как со стороны кожи, так и со стороны слизистых оболочек и серозных полостей; быстро прогрессирует дистрофия, наблюдается более быстрое распространение (генерализация) процесса с вовлечением жизненно важных органов и систем. При системной красной волчанке, например, очень часто поражаются почки, сердечно-сосудистая система, легкие, ЦНС. Своевременный диагноз и рациональная терапия позволяют улучшить прогноз для жизни.

КРОВОТЕЧЕНИЕ НОСОВОЕ у детей наблюдается довольно часто, особенно в старшем возрасте при инфекционных болезнях (скарлатина, грипп), заболеваниях системы крови (лейкозы, геморрагические диатезы), других заболеваниях, сопровождающихся повышением АД и порозности сосудистой стенки (болезни сердца, печени, почек). Причиной носовых кровотечений могут быть также местные факторы: травмы носа во время игры, попадание инородного тела в нос (косточка, пуговица и другие предметы, которые дети ясельного возраста часто засовывают в нос). Способствуют носовым кровотечениям большие аденоидные разрастания, высокая температура тела или окружающего воздуха (некоторые дети страдают носовыми кровотечениями только в жаркое время года), длительные, утомительные игры.

Лечение: полусидячее или сидячее положение с запрокинутой назад головой: в нос вводят ватный тампон, смоченный перекисью водорода или вазелиновым маслом, и прижимают пальцем крыло носа к носовой перегородке. При сильном кровотечении кладут пузырь со льдом или кусок ткани, смоченный холодной водой, на область переносицы и к затылку; к ногам — грелку. Внутрь дают пить раствор хлорида натрия (1 чайная ложка на 1 стакан воды) по 1 столовой ложке каждые 20—30 мин или 10 % раствор хлорида кальция по 1 столовой ложке 4—6 раз в день. Если кровотечение быстро не останавливается, рекомендуется провести переднюю или заднюю тампонаду полости носа. При прекращении наружного кровотечения из носа всегда следует тщательно осмотреть зев, чтобы проверить, не стекает ли кровь по задней стенке глотки. Нужно установить причину носового кровотечения у ребенка, так как дальнейшая терапия и профилактика повторных кровотечений тесно связаны с устранением конкретного фактора или лечением основного заболевания.

КРУП ИСТИННЫЙ см. *Дифтерия* в главе «Инфекционные болезни».

КРУП ЛОЖНЫЙ — быстро развивающийся отек слизистой оболочки гортани в подскладочном пространстве. В тяжелых случаях может привести к асфиксии с летальным исходом. Ложный круп развивается при различных вирусных болезнях дыхательных путей, гриппе, кори, воспалительных заболеваниях гортани, химических или термических ожогах. Чаще ложный круп наблюдается у детей раннего и дошкольного возраста, страдающих экссудативным диатезом, у детей с избыточным питанием, «рыхлых».

Симптомы. Заболевание обычно начинается внезапно: ночью появляются затрудненное дыхание, грубый, «лающий» кашель, голос сохраняется (в отличие от дифтерийного, истинного крупа, при котором очень быстро появляются осиплость голоса, а затем полная афония — потеря голоса). Выражены катаральные явления, лихорадка. При прогрессировании крупа (вторая фаза) на фоне за-

трудненного вдоха появляются втяжение уступчивых мест грудной клетки, цианоз, ребенок становится беспокойным, выражен страх. В тяжелых случаях в течение первых часов может наступить третья, асфиксическая фаза крупа, при которой резко усиливается цианоз, ребенок мечется, покрывается холодным потом, теряет сознание, пульс становится аритмичным, слабого наполнения. В этом состоянии, если ребенку не оказать немедленную помощь, могут развиться судороги и наступить смерть.

Однако ложный круп редко доходит до асфиксии, чаще он ограничивается первой—второй фазой процесса. Клинические признаки сохраняются от 2—3 ч до нескольких суток, а затем полностью исчезают. Прогноз обычно благоприятный.

Л е ч е н и е. Необходимо прежде всего успокоить ребенка, обеспечить приток свежего воздуха, отвлекающие ножные или общие горячие ванны с температурой воды до 39—40 °С в течение 5—7 мин, теплое питье. Внутрь можно назначить антиспастический порошок: атропин — 0,0001 г, папаверин — 0,002 г, фенобарбитал — 0,05 г, амидопирин — 0,1 г; антигистаминные препараты (дипразин, димедрол, супрастин). В тяжелых случаях показаны гормональные препараты (преднизолон по 1 мг/кг массы тела в сутки в течение нескольких дней), внутривенное введение 20 % раствора глюкозы, кордиамин, кофеин. Проводят лечение основного заболевания антибиотиками. При переходе второй фазы процесса в третью (асфиксическую) и при отсутствии эффекта от консервативной терапии необходимо оперативное вмешательство — трахеотомия (но не интубация!).

При развитии ложного крупа у ребенка всегда необходимо исключить дифтерию гортани, т. е. провести дифференциальную диагностику с истинным крупом.

ЛАРИНГОСПАЗМ см. *Рахит, Спазмофилия.*

МОЛОЧНИЦА (монилиаз) — грибковое поражение слизистых оболочек рта, глотки, реже половых органов см. раздел *«Болезни периода новорожденности».*

МУКОВИСЦИДОЗ, КИСТОФИБРОЗ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — врожденное семейное заболевание, причина которого не известна. Внутриклеточно нарушаются ферментативные процессы образования слизи, которая становится вязкой, густой. Слизь с трудом продвигается по протокам, легко закупоривает их в поджелудочной железе, слюнных железах, кишечнике, скапливается в разветвлениях бронхиального дерева и нарушает его проходимость. В местах скопления секрета нарушается структура протока, бронха, образуются кисты, бронхоэктазы, постепенно прогрессирует фиброз поджелудочной железы, железистая ткань замещается соединительной. Нарушается функция слюнных и потовых желез, резко повышается выделение с потом и слюной натрия и хлора. В дуоденальном содержимом снижается активность ферментов липазы, диастазы, трипсина.

С и м п т о м ы. Заболевание может выявляться, начиная с периода новорожденности и в более поздние сроки — на 2—3-м году жизни. У новорожденного может развиться непроходимость кишечника (мекониальный илеус): появляется рвота желчью, увеличиваются размеры живота, прекращается отделение мекония. У детей более старшего возраста нарастает бледность, при хорошем и даже повышенном аппетите ребенок постепенно худеет, отстает в физическом развитии. Увеличивается печень, возможно развитие жировой дистрофии печени. Очень рано отмечается изменение характера стула (иногда с первых дней жизни, иногда на втором полугодии) — каловые массы объемистые, слабо окрашенные, зловонные, очень вязкие, липкие, трудно смываются с пеленки, у детей, получающих прикорм, стул может быть пенистый.

Одним из ранних симптомов заболевания может быть упорный кашель, который постепенно приобретает характер приступов, сопровождающихся одышкой, цианозом. При прогрессировании легочного процесса развиваются затяжной бронхит, перибронхит, ателектаз легких, пневмония, бронхоэктазия. В отдельных случаях ведущими в заболевании являются только легочные или только кишечные симптомы, но чаще клиника бывает сочетанной.

Л е ч е н и е. Высококалорийная диета (до 180 ккал/кг массы тела), богатая белком, витаминами, с ограничением жиров, крахмала. Так как с потом теряются хлориды, необходимо добавлять в пищу 1—2 г поваренной соли. Дополнительно к питанию добавляют витамины А, В, С, Е в максимальной возрастной дозе. Назначают ферменты — большие дозы пакреатина (до 2—6 г в день) непрерывно при каждом приеме пищи.

При обострении легочного процесса проводят лечение сульфаниламидными препаратами, антибиотиками. Курсы антибактериальной терапии необходимо проводить регулярно. Для разжижения мокроты и улучшения ее отделения рекомендуют аэрозоли с протеолитическими ферментами — химотрипсином, химопсином (1—2 раза в день в течение 2—3 нед по 0,25 г на 2 мл дистиллированной воды). При мекониальном илеусе назначают гипертонические клизмы, в/м вводят прозерин (0,05 % раствор по 0,1 мл); при отсутствии эффекта необходимо оперативное вмешательство.

Прогноз серьезный, но при упорной заместительной и симптоматической терапии удается длительное время компенсировать функциональные нарушения поджелудочной железы. Прогноз ухудшается при прогрессировании пневмофиброза и нарастании легочной недостаточности.

НОЧНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ чаще наблюдается у детей раннего и дошкольного возраста с повышенной нервной возбудимостью. Нередко причиной могут быть испуг, психическая травма или аномалии развития мочевыводящих путей (фимоз, сужение уретры), заболевания мочевого пузыря (цистит), иногда недоразвитие пояснично-крестцового отдела позвоночника. Предрасполагающими моментами могут быть неправильный режим

дня, нерациональное питание, эндокринные нарушения, плохое воспитание и др.

Симптомы. Обычно непроизвольное мочеиспускание наступает через 3—4 ч после засыпания, иногда повторяется ночью в момент глубокого сна ребенка. Днем большинство таких детей бывают вялыми, апатичными, болезнь их делает замкнутыми. Наблюдаются симптомы вегетативной дистонии, снижение мышечного тонуса.

Лечение. Систематическая психотерапия должна быть направлена на внушение ребенку, что заболевание пройдет. Необходимы строгий режим дня и гигиенический режим, полужесткая постель; каждую ночь через 2—3 ч после засыпания ребенка необходимо будить, чтобы выработать условный рефлекс на необходимость встать и опорожнить мочевой пузырь. Во вторую половину дня ограничивают употребление жидкости, в 6—7 ч вечера рекомендуется дать ребенку сухой ужин, состоящий из небольшого количества мяса, хлеба и масла. Перед сном дают небольшое количество соленой пищи — бутерброд с селедкой, икрой или ветчиной или 1—2 г соли. Назначают систематические занятия гимнастикой, обтирания, хвойные ванны. Некоторым детям помогает курс вдувания в нос порошка адиурекрина по 0,01—0,025 г 1—2 раза в день. Обычно к 6—7 годам это состояние проходит, однако у некоторых детей может сохраняться и до 15—17 лет.

НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ см. раздел «Новорожденные».

ОПРЕЛОСТЬ см. раздел «Новорожденные».

ПИЛОРОСПАЗМ см. раздел «Новорожденные».

ПИЛОРОСТЕНОЗ см. раздел «Новорожденные».

ПИЕЛИТ — воспаление почечных лоханок. Часто к пиелиту присоединяется воспаление мочевого пузыря (пиелоцистит), а также поражение почечной паренхимы (пиелонефрит). Пиелонефрит, пиелит, пиелоцистит — наиболее частые формы поражения почек, а по данным Всемирной организации здравоохранения, инфекция мочевых путей в детском возрасте в настоящее время по частоте занимает второе место после острых респираторных заболеваний.

Пиелит особенно часто возникает у детей грудного возраста, причем после 6 мес — значительно чаще у девочек, чем у мальчиков, в связи с более широкой и короткой уретрой и близостью к заднепроходному отверстию (возможность восходящей инфекции). Частота пиелита в раннем возрасте объясняется пониженной сопротивляемостью организма к инфекции и некоторыми анатомо-физиологическими особенностями почечных лоханок и мочеточников (у новорожденных и детей первых месяцев жизни изгоняющая сила мышц лоханки небольшая, мочеточник обычно извилист), которые затрудняют свободный отток мочи. Кроме того, причиной пиелита могут быть врожденные аномалии — пороки развития мочевой системы (поликистоз почки, удвоение почки, стеноз уретры и др.), которые также обусловливают задержку мочи в лоханке, создавая благоприятные условия для развития инфекции. У детей более старшего возраста задержка мочи в лоханках может возникнуть в результате функциональных изменений — дискинезии мочевых путей, при нарушении регуляции со стороны вегетативной нервной системы.

Развитию пиелита способствует ослабление иммунобиологической реактивности организма в результате перенесенных тяжелых заболеваний или на их фоне (пневмонии, сепсис, энтериты, болезни почек, частые ангины). Чаще пиелит возникает у детей, страдающих экссудативным диатезом, рахитом, гипотрофией. Может быть семейная предрасположенность к заболеваниям мочевыводящей системы.

Симптомы в большинстве случаев скудны и нетипичны. При объективном обследовании отмечаются лишь явления общей интоксикации, бледность кожных покровов, снижение питания, ухудшение аппетита, субфебрильная температура или однократные повышения температуры до 38—40 °С. Такое состояние всегда диктует необходимость исследования мочи для исключения диагноза пиелита.

При остром развитии заболевания у детей старшего возраста может быть упорная лихорадка до 39—40 °С с большими размахами в течение суток, иногда с ознобом и последующим профузным потом и адинамией. Интоксикация проявляется головной болью, головокружением, потерей аппетита, тошнотой, болью в поясничной области. Может быть кратковременная задержка мочи. У детей первого года жизни острый пиелит часто начинается с явлений токсикоза: рвота, частый диспепсический стул, симптомы обезвоживания, западение большого родничка, снижение тургора тканей, затемнение сознания, иногда менингеальный синдром, судороги.

Моча мутная, со следами белка, в осадке большое число лейкоцитов, единичные эритроциты, иногда цилиндры. Лабораторная диагностика пиелита включает количественный подсчет лейкоцитов в моче по методу Каковского—Аддиса, Нечипоренко и др. Посев мочи на флору для бактериологической диагностики берут у детей из средней струи. Обнаружение патогенных микробов в сочетании с пиурией — важный диагностический тест. В настоящее время используется также количественный метод подсчета микробных тел; наличие бактерий свыше 100 000 в 1 мл мочи считают характерным для пиелита. Определяют также чувствительность микробной флоры к антибиотикам и химиопрепаратам для направленной антибактериальной терапии.

Острый период пиелита не продолжителен, постепенно исчезают симптомы интоксикации и нормализуется моча. Через 2—3 нед ребенок выздоравливает, однако острый пиелит может рецидивировать и иметь затяжное течение.

Лечение включает строгий гигиенический режим, особенно у девочек, терапию очагов хронической инфекции и основного заболевания, на фоне которого развился пиелит. Необходимо обеспечить обильное питье, в тяжелых случаях у детей раннего возраста вво-

дят изотонический раствор хлорида натрия, 5 % раствор глюкозы под кожу, в клизмах. Назначают антибиотики под контролем чувствительности микробной флоры (чаще левомицетин), нитрофурановые препараты (фурадонин или фурагин). При пороках развития мочевыводящей системы рекомендуется хирургическое лечение.

ПИЕЛОНЕФРИТ. Причина заболевания и предрасполагающие моменты в основном те же, что и при пиелите.

Симптомы. Кроме общих явлений интоксикации, отмечаются более выраженные отклонения в анализах мочи (содержание белка превышает 1 г/л, в осадке, кроме лейкоцитов, обнаруживают выщелоченные эритроциты и цилиндры). Нарушается концентрационная способность почек, относительная плотность мочи снижается. Может повышаться АД.

Течение пиелонефрита у детей чаще волнообразное, длительное, за светлыми промежутками следуют периоды обострения. Обострению способствуют любые инфекционные заболевания, охлаждение, ангина, грипп, острые респираторные заболевания, нарушение режима. Исходом заболевания могут быть уремия и вторично сморщенная почка, но чаще эти состояния развиваются у взрослых, страдающих хроническим пиелонефритом с раннего детского возраста.

Лечение основано на тех же принципах, что и при пиелите. В комплексную терапию, кроме антибактериальных средств для борьбы с инфекцией, включают стимулирующую терапию: гамма-глобулин, комплекс витаминов. Лечение должно быть упорным, длительным, под контролем анализов мочи и функциональных почечных проб. После выписки ребенка из стационара в течение 2—3 мес мочу проверяют еженедельно. Если обнаруживают лейкоцитурию, то повторяют курсы антибактериальной терапии в домашних условиях.

ПЛЕВРИТ см. главу «Внутренние болезни».

ПЛОСКОСТОПИЕ — деформация стоп, которая в детском возрасте встречается очень часто. Причина — снижение мышечного тонуса у детей, перенесших рахит, гипотрофию, часто болеющих, страдающих хронической интоксикацией, имеющих избыточную массу тела на фоне эндокринных нарушений. Иногда плоскостопие может развиться в 11—13 лет, в период быстрого роста и развития ребенка (период полового созревания).

Симптомы. Боли в ногах преимущественно во второй половине дня, иногда ночью, от которых ребенок просыпается. Чаще боли появляются после большой физической нагрузки, длительной ходьбы или игры в футбол, хоккей. Обычно боли бывают в икроножных мышцах, в стопах, однако дети дошкольного возраста не умеют их четко локализовать, что нередко ведет к ошибочной диагностике различных поражений суставов, а следовательно, и неправильному лечению.

При осмотре ребенка отмечаются снижение общего мышечного тонуса, вегетативные расстройства, уплощение свода стоп при нагрузке.

Лечение. Специальная лечебная гимнастика, водные процедуры, ношение супинаторов или ортопедической обуви, временное ограничение физической нагрузки.

ПНЕВМОНИЯ ОЧАГОВАЯ ОСТРАЯ. Воспаление легких — одно из наиболее частых заболеваний у детей, особенно в раннем возрасте (до 3 лет). Предрасполагают к пневмонии анатомо-физиологические особенности органов дыхания: чем младше ребенок, тем меньше его резервные возможности дыхания и тем выше потребность в газообмене. Поэтому при воспалительных процессах в легких легко возникают серьезные функциональные нарушения, отягощающие течение и исход заболевания. Чаще пневмония развивается у детей, находящихся на искусственном вскармливании, на фоне рахита, гипотрофии, экссудативного диатеза, при нарушении гигиенического режима. Все перечисленное снижает реактивность организма ребенка и предрасполагает к заболеванию органов дыхания. Непосредственной причиной болезни является инфекция, чаще вирусная (грипп, парагрипп, аденовирусы, вирус Коксаки, ECHO). В настоящее время более 90 % всех пневмоний у детей первых лет жизни начинается с острых вирусных респираторных заболеваний, а затем уже к ним присоединяется бактериальная инфекция (стафилококк, пневмококк и др.), т. е. пневмония — вирусно-бактериальная инфекция, при которой необходимо соблюдать эпидемиологический режим: ребенок должен быть изолирован, госпитализировать его нужно в изолятор или боксовое отделение.

Симптомы. В начале болезни обычно выражены катаральные явления, затем возникают беспокойство, раздражительность или, наоборот, вялость, снижается аппетит, дети плохо сосут грудь. Одним из первых микросимптомов пневмонии может быть цианоз носогубного треугольника, усиливающийся при беспокойстве, выделение пенистой слизи изо рта, напряжение и раздувание крыльев носа (эквивалент скрытой одышки). Затем появляется явная одышка с учащением и нарушением ритма дыхания. Дыхание становится прерывистым, охающим, стонущим, иногда «кряхтящим». Температурная реакция (38—39 °С) обычно выражена с начала заболевания, но у детей с гипотрофией пневмония может протекать с субфебрильной или нормальной температурой. Легочные симптомы вначале отступают как бы на второй план (эмфизема, жесткое дыхание, сухие хрипы), а затем появляются участки укороченного перкуторного звука и ослабленного дыхания, бронхофония усилена, выслушиваются влажные мелко- и крупнопузырчатые хрипы. На рентгенограммах в первые 3—4 дня болезни на фоне эмфиземы и усиленного легочного рисунка выявляются очаговые тени. В анализах крови — лейкоцитоз или лейкопения, нейтрофилез, увеличенная СОЭ.

Клинические формы пневмонии могут быть различными в зависимости от реактивности организма и характера возбудителя. Наряду с легкими, локализованными формами, при которых общее состояние нарушается нерезко, у детей бывают токсические и токсико-септические формы пневмонии.

Токсическая форма пневмонии характеризуется крайне тяжелым общим состоянием ребенка с выраженной реакцией всех органов и систем и развитием угрожающих клинических синдромов. Наиболее часто отмечается синдром острой дыхательной недостаточности — резкая бледность, цианоз, одышка, число дыханий превышает норму более чем в 2 раза, изменен ритм дыхания, наблюдаются приступы апноэ и остановка дыхания с развитием асфиксии. В ряде случаев развивается синдром острой сердечно-сосудистой недостаточности (бледность и мраморный рисунок кожных покровов, общий цианоз, пульс до 200 в минуту), тахикардия может сменяться брадикардией, зрачки расширены, остановившийся взор, общая пастозность. На ЭКГ резкая гипоксия миокарда.

Нередко наблюдаются гипертермический и судорожный синдромы: температура 40 °С и выше, кожные покровы холодные, спазм периферических сосудов, пульс нитевидный, отек мозга, клонико-тонические судороги. Резко отягощает состояние ребенка парез желудка и кишечника, клинически проявляющийся метеоризмом, рвотой, срыгиваниями, отсутствием стула, а также острая недостаточность надпочечников, при которой к парезу кишечника присоединяются резкая бледность, вялость, падение АД, брадикардия, глухость сердечных тонов.

Токсическая форма пневмонии сопровождается также нарушением электролитного обмена, гипокалиемией, ацидозом и алкалозом. На общем тяжелом фоне заболевания легочная симптоматика как бы отступает на второй план, но характерные клинико-рентгенологические изменения сохраняются.

Токсико-септические формы пневмонии характеризуются присоединением септических, гнойных очагов в виде плеврита, отита, менингита, пиелита и др. Может развиться абсцедирующая пневмония.

Острая пневмония у детей раннего возраста при правильном, своевременном лечении обычно заканчивается выздоровлением на 2-й или в течение 3-й недели от начала заболевания. Однако у детей, страдающих рахитом, гипотрофией, экссудативным диатезом, пневмония может принять вялое, затяжное течение, давать обострение или рецидивировать. При тяжелых пневмониях возможен смертельный исход.

Лечение должно быть комплексным: 1) борьба с инфекцией и токсикозом; 2) устранение дыхательной недостаточности; 3) восстановление функций органов и систем; 4) повышение реактивности организма ребенка. При назначении лечения следует учитывать не только основное заболевание, но и все сопутствующие, а также организацию интенсивной терапии при угрожающих клинических синдромах.

Большое значение имеет режим: необходимо обеспечить постоянный приток свежего воздуха, часто менять положение ребенка в кроватке, периодически носить на руках. Хорошее влияние оказывают прогулки по 10—15 мин на свежем, прохладном воздухе, в местах, защищенных от ветра; желательно выносить ребенка на прогулку на руках. При положительной реакции на прогулку дети быстро успокаиваются, засыпают: уменьшаются одышка, цианоз. При отрицательной реакции (у недоношенных детей, гипотрофиков, при токсических формах пневмонии) ребенка следует немедленно внести в помещение. Кроме того, в борьбе с дыхательной недостаточностью показано вдыхание увлажненного кислорода (через соску, катетер или в кислородной палатке); длительность и частота процедур определяются индивидуально в зависимости от состояния больного (от 5 до 20 мин каждые 2—3 ч). Необходимо обеспечить рациональное питание соответственно возрасту ребенка; если он находится на грудном вскармливании, при выраженном цианозе целесообразно временно кормить больного только сцеженным материнским молоком, так как прикладывание к груди, акт сосания могут усугубить явления дыхательной недостаточности. Ребенок нуждается в обильном питье.

Антимикробная терапия включает назначение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. Основные принципы лечения антибиотиками: 1) немедленное применение антибиотиков сразу после установления диагноза пневмонии; 2) для повышения эффективности терапии назначение двух антибиотиков с различным спектром действия в соответствии со схемой рациональных комбинаций антибиотиков по А. М. Маршак (в настоящее время широко используются пенициллин, полусинтетические пенициллины, эритромицин, левомицетин, цепорин, гентамицин и другие антибиотики широкого спектра действия); 3) определение дозы антибиотиков в зависимости от массы тела, возраста ребенка и тяжести процесса; 4) смена комбинации антибиотиков при отсутствии эффекта терапии в течение 3—5 дней; длительность курса лечения от 7 до 10 дней, в отдельных случаях до 15 дней; 5) перед назначением лечения определение чувствительности флоры верхних дыхательных путей к антибиотикам для относительной направленности терапии; 6) учет побочного влияния антибиотиков и своевременная его профилактика путем назначения одновременно антигистаминных, противоаллергических препаратов (димедрол, дипразин, супрастин), комплекса витаминов, особенно группы В, при применении антибиотиков внутрь, а также противогрибковых препаратов (нистатин).

Сульфаниламидные препараты применяют в комплексе с антибиотиками из расчета 0,2 г/кг массы тела в сутки в тех случаях, когда назначение только антибиотиков не дает отчетливого эффекта. При тяжелых, токсических формах пневмонии в комбинации с антибиотиками назначают кортикостероидные препараты — преднизолон коротким курсом по 0,5 мг/кг массы тела в сутки в течение 7—15 дней с постепенным снижением суточной дозы. При угрожаемых состояниях проводят посиндромную интенсивную терапию.

Стимулирующую терапию проводят по показаниям на фоне вялого, затяжного течения пневмонии или в период выздоровления при

гипотрофии, рахите, анемии (переливание плазмы, введение гамма-глобулина). Детям с острой пневмонией по показаниям назначают сердечные средства, преимущественно сердечные гликозиды, сульфокамфокаин, отхаркивающие микстуры, горчичные обертывания, в период выздоровления — лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику, массаж. Одновременно после снятия тяжести состояния проводят лечение сопутствующих заболеваний — рахита, гипотрофии, анемии, экссудативного диатеза.

Профилактика острых пневмоний — это прежде всего повышение реактивности организма, рациональное питание ребенка, правильный воздушный и температурный режим в помещении; своевременная профилактика рахита, гипотрофии и борьба с острыми респираторными заболеваниями, закаливание.

ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНЫЕ И РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ. За последние 10—15 лет наряду с постоянным снижением летальности от острых пневмоний чаще наблюдается переход острых пневмоний к затяжному и рецидивирующему течению. Эти пневмонии нередко ошибочно трактуются как хронические.

Затяжными формами считают пневмонии, при которых клиническое и морфологическое выздоровление наступает на 2—4-м месяце от начала заболевания. Рецидивирующие пневмонии имеют волнообразное течение, причем очередное обострение начинается на фоне еще не разрешившегося процесса в легочной ткани. Общая продолжительность заболевания в пределах 1—2 лет.

К затяжному и рецидивирующему течению пневмонии может привести неправильное лечение, обусловленное либо поздней диагностикой, либо слишком короткими курсами антибиотиков, не обеспечивающими клинического выздоровления, либо, наоборот, чрезмерно длительное лечение массивными дозами антибиотиков, которое, как и лечение недостаточными дозами их, может способствовать аллергизации организма, предрасполагающей к рецидивам болезни. Затяжное и рецидивирующее течение пневмонии наблюдается у детей, страдающих рахитом, гипотрофией, анемией, у детей, имеющих пороки развития бронхолегочной и сердечно-сосудистой системы, инородные тела в бронхах, или на фоне врожденных ферментопатий (см. *Муковисцидоз*). В последнем случае пневмонии начинаются с первых месяцев жизни, принимают характер непрерывно-рецидивирующего процесса с постепенным формированием хронической пневмонии.

Рецидивирующие пневмонии чаще наблюдаются у детей, имеющих хронические очаги инфекции в ЛОРорганах (хронический аденоидит, тонзиллит, аллергические синуиты — гайморит и этмоидит). У детей раннего возраста главную роль играет аденоидит. В большинстве случаев эти дети страдают экссудативным диатезом, нередко имеют избыточную массу. Заболевание сопровождается длительным, мучительным, приступообразным кашлем (иногда коклюшеподобным), особенно при засыпании, ночью и при пробуждении. Дети спят с открытым ртом, дыхание храпящее, постоянный ринит и часто повторяющиеся пневмонии — до 10—18 раз в год, быстро проходящие и протекающие по типу аденосинусопневмопатий и аллергозов легких, иногда с астматическим компонентом. При бронхоскопическом исследовании часто обнаруживают диффузный или очаговый эндобронхит. При рентгенологическом исследовании выявляют мутный фон легочной ткани — «сосудистый прилив», эозинофильные инфильтраты без отчетливых структурных изменений легочной ткани. У таких детей установлено хроническое носительство аденовирусов, стафило- и стрептококков, поэтому они могут быть источником инфекции для окружающих детей в детских коллективах, стационарах.

Лечение зависит от причины, лежащей в основе затяжного, рецидивирующего бронхолегочного процесса. При пневмониях, развившихся на фоне рахита, гипотрофии, анемии, необходимо одновременно с пневмонией лечить основное заболевание. При ферментопатиях одновременно назначают заместительную терапию ферментами. При аденосинусопневмопатиях необходима консервативная или оперативная санация носоглотки, при выраженном аденоидите — аденотомия. При частых ангинах, отитах и декомпенсированном хроническом тонзиллите показана аденотонзиллэктомия независимо от возраста ребенка. При хронически текущем эндобронхите проводятся бронхологическая санация, электроаэрозоли, физиотерапевтические процедуры. При выраженной аллергии, сопровождающей затяжную или рецидивирующую пневмонию, антибиотики надо применять с особой осторожностью, биостимуляторы — кровь, плазма, гамма-глобулин — противопоказаны.

Прогноз: в 90 % случаев затяжные и рецидивирующие пневмонии при правильном лечении заканчиваются выздоровлением, но возможен переход в хроническую пневмонию.

ПНЕВМОНИЯ ХРОНИЧЕСКАЯ, НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ — заболевание с хронически-рецидивирующим течением, в основе которого лежат органические изменения органов дыхания (хронический бронхит, деформация бронхов, пневмосклероз) и функциональные нарушения со стороны органов дыхания и других систем ЦНС, сердечно-сосудистой системы, обмена веществ и др.).

Наиболее частой непосредственной причиной являются острые пневмонии, развившиеся как осложнение кори, коклюша, гриппа, повторные респираторные острые инфекции, хронический бронхит, бронхиальная астма, врожденные пороки развития бронхолегочной системы, инородные тела в бронхах. В формировании хронической пневмонии особенно велика роль пневмоний, перенесенных на первом году жизни. Предрасполагают к хронической пневмонии ослабление защитных механизмов ребенка, аллергическая настроенность и постоянная сенсибилизация за счет очаговой хронической инфекции (тонзиллит, гайморит и др.), неблагоприятные бытовые, климатические условия, нерациональное питание и т. д.

Симптомы. При развитии пневмосклероза, ограниченного сегментом или долей легкого, создаются условия для повторных воспалительных процессов, каждый из которых усиливает склеротические изменения в месте поражения и способствует дальнейшему распространению процесса. В период обострения болезни ведущими являются симптомы бронхита или вяло текущей, затяжной пневмонии. В отличие от острой пневмонии менее выражены общая интоксикация и температурная реакция. При объективном обследовании отмечаются отставание в физическом развитии, полигиповитаминоз, деформация грудной клетки, одышка и цианоз носогубного треугольника, усиливающиеся при физической нагрузке. При перкуссии в легких выявляется стойкая эмфизема с участками укороченного звука (очаги пневмосклероза), чаще в паравертебральных областях. Выслушивается жесткое дыхание, хрипов обычно нет.

При более тяжелой хронической пневмонии, когда, кроме пневмосклероза, имеются деформирующий бронхит или бронхоэктазы, отмечается постоянный влажный кашель с мокротой, усиливающийся по утрам и при физической нагрузке. Мокрота обычно слизисто-гнойная, без запаха. В связи с плохой дренажной функцией бронхов у детей часто могут возникать застой мокроты и вследствие этого — кратковременные подъемы температуры («температурные свечи») и явления интоксикации. Следует помнить, что дети раннего возраста не умеют откашливать мокроту и обычно ее заглатывают. Перкуторно определяется пестрая картина, чередование участков укороченного звука с участками коробочного звука. Постепенно прослушиваются разнокалиберные влажные хрипы соответственно пораженным участкам легких как в период обострения, так и вне его. На рентгенограммах обнаруживают эмфизему, деформацию бронхососудистого рисунка, перибронхит, очаги пневмосклероза, могут быть плевральные спайки, интерлобиты, ателектазы.

Лечение — патогенетическое, этапное (стационар, санаторий, поликлиника) с учетом длительности болезни и фазы процесса (фаза обострения или ремиссии). В период обострения ребенка необходимо госпитализировать, обеспечив длительное пребывание на свежем воздухе, высококалорийное питание и большое количество витаминов, рекомендуются стимулирующая терапия и гипосенсибилизирующие препараты (димедрол, дипразин, супрастин). Антибактериальная терапия: целесообразно применять антибиотики широкого спектра действия и полусинтетические препараты пенициллина, сочетать антибиотики с сульфаниламидными препаратами. Вначале антибиотики можно вводить в/м и в виде аэрозолей, а затем назначать только аэрозоли. Особенно эффективны электроаэрозоли антибиотиков, так как препарат попадает непосредственно в глубокие отделы бронхолегочной системы, быстро всасывается в кровь и лимфу, обеспечивает пролонгированное действие антибиотика и непосредственное воздействие на инфекционное начало. Длительность антибактериальной терапии определяется тяжестью процесса и в среднем составляет от 10—12 до 20—25 дней. Для улучшения дренажной функции бронхов рекомендуются аэрозоли с бронхолитическими препаратами (эуфиллин), протеолитическими ферментами (химопсин, трипсин, ацетилцистеин, фибринолизин, рибонуклеаза и др.). Необходимы постоянная лечебная физкультура, дыхательная гимнастика и физиотерапевтические процедуры. При обострении заболевания рекомендуются токи УВЧ, индуктотермия, электрофорез кальция и меди, в период ремиссии — ультрафиолетовое облучение, кислородные и жемчужные ванны, массаж, гимнастика. Санаторно-курортное лечение в условиях Южного берега Крыма, Украины и в местных санаториях. При наличии бронхоэктазов, кроме перечисленной выше терапии, рекомендуется проводить с лечебной целью бронхоскопии для лучшей санации бронхиального дерева. Если локализация бронхоэктазов строго ограничена, но процесс имеет тенденцию к распространению, необходимо ставить вопрос об оперативном лечении, особенно при наличии мешотчатых бронхоэктазов.

Профилактика хронических пневмоний складывается из различных мероприятий, направленных на оздоровление и укрепление организма ребенка. Кроме того, необходима своевременная санация очагов хронической инфекции; нужно обеспечить раннее комплексное лечение острых пневмоний, особенно у детей раннего возраста; следует организовать активное амбулаторное наблюдение за детьми, перенесшими острую пневмонию на первом году жизни.

РАХИТ — общее заболевание всего организма с нарушением обмена веществ (в первую очередь кальция и фосфора) и значительным расстройством функций многих органов и систем. Болеют дети преимущественно первых 2—3 лет жизни, но он может встречаться и в более позднем возрасте, особенно в периоды усиленного роста ребенка. Основной непосредственной причиной развития рахита чаще является гиповитаминоз D, возникающий у ребенка при недостаточном поступлении витамина D с пищей или в результате недостаточного образования его в организме. Имеет значение и повышенная потребность в витамине D в периоды усиленного роста ребенка, особенно на первом году жизни, а при недоношенности — на первых месяцах жизни. Предрасполагают к развитию рахита неправильное, особенно одностороннее или искусственное, вскармливание; плохой уход за ребенком, недостаточное пребывание на свежем воздухе; частые респираторные или желудочно-кишечные заболевания; дефицит витаминов А, группы В, аскорбиновой кислоты.

Даже легкие формы рахита снижают сопротивляемость организма ребенка, ведут к частым респираторным заболеваниям. Пневмонии у детей, больных рахитом, имеют тяжелое, затяжное течение. На фоне рахита тяжелее протекают и другие болезни детского возраста. Рахит часто сопровождается дистрофией, анемией. В связи с этим проблема рахита

сохраняет свою актуальность и в настоящее время.

Рахит подразделяется на следующие фазы: начальную, разгара, реконвалесценции, остаточных явлений; степень тяжести рахита может быть легкой, среднетяжелой и тяжелой; характер течения — острым, подострым, рецидивирующим.

Начальная фаза развивается у доношенных детей на 2—3-м месяце жизни и характеризуется в первую очередь нервно-мышечными расстройствами. Ребенок становится беспокойным, раздражительным, плохо спит. Появляются потливость, кожный зуд, в связи с чем ребенок постоянно трет головкой о подушку и волосы на затылке вытираются, затылок как бы «лысеет». При развертывании ребенка ощущается кислый запах пота, усиливается аммиачный запах мочи. Постепенно снижается мышечный тонус, задерживается развитие статических функций, снижается аппетит. Эти симптомы связаны с нарушением фосфорно-кальциевого обмена и постепенно развивающимся ацидозом. Для начальной фазы рахита свойственно повышенное выведение фосфора с мочой и снижение его уровня в крови с 0,005 до 0,0025—0,003 г/л при нормальном или даже повышенном уровне кальция (0,010—0,011 г/л) в крови и усиленном вымывании его из костей. Если лечение своевременно не проводить, рахит переходит в следующую фазу — **фазу разгара**, или «цветущий» рахит. В этот период в процесс вовлекаются все внутренние органы, костная система. Ребенок бледен, пастозен, плохо ест, мало прибавляет в массе, у него нарастают мышечная гипотония и атрофия мышц, дряблость тканей, усиливаются изменения нервно-психической сферы: дети резко заторможены, задерживается развитие условных рефлексов, статических функций. В крови происходит дальнейшее снижение содержания фосфора (до 0,0018—0,0020 г/л) и кальция (до 0,007—0,008 г/л), усиливается ацидоз.

Вымывание кальция из костей приводит к их размягчению; первыми размягчаются плоские кости — возникает податливость краев родничка, затылочных костей («краниотабес»), грудины и ребер. В результате уплощается затылок, вдавливается или выступает вперед грудина («грудь сапожника» или «куриная грудь»), уплощаются и деформируются тазовые кости, искривляются конечности. Неравномерное и усиленное разрастание росткового хряща при отсутствии отложения в нем солей кальция ведет к увеличению теменных и лобных бугров («башенный», «квадратный», «ягодичный» череп), утолщению запястий («браслетки») и концов костной части ребер («четки»). На рентгенограммах костей определяется остеопороз и «размытость», нечеткость контуров зон роста. В результате нарушения роста костей запаздывают прорезывание зубов, закрытие родничков и появление ядер окостенения.

Нарушается состояние внутренних органов в связи с глубокими изменениями обмена и трофики тканей, повышенной проницаемостью сосудистой стенки. В легких наблюдаются предпневмоническое состояние, отечность интерстициальной ткани, повышенная экссудация, наклонность к бронхоспазму. Выражена гипотония сердечной мышцы, отмечаются тахикардия, приглушение тонов сердца, снижено АД. Аппетит снижен, нарушаются процессы переваривания и всасывания в кишечнике: стул неустойчивый, обильный. Живот увеличен в объеме («лягушачий»), выражено расхождение прямых мышц живота. Увеличены периферические лимфатические узлы, печень и селезенка.

Фаза реконвалесценции. При соответствующем лечении постепенно исчезают потливость, раздражительность, беспокойство, ребенок начинает хорошо есть и спать, прибавляет в массе, восстанавливаются статические и двигательные функции, нормализуется содержание фосфора и кальция в крови. Однако **остаточные явления** — деформация черепа и скелета, мышечная гипотония, разболтанность суставно-связочного аппарата, плоскостопие — сохраняются длительное время, мешая гармоничному развитию ребенка. Плоскорахитический таз у девочек в дальнейшем создает неблагоприятные условия родов и т. д.

В зависимости от тяжести клинических проявлений выделяют 3 степени рахита. Первая степень (легкая) характеризуется умеренными нервно-мышечными и костными изменениями, соответствует начальной фазе рахита или началу фазы разгара. Своевременное и адекватное лечение приводит к выздоровлению. При второй степени (среднетяжелой) имеются более четкие симптомы поражения нервной системы, отставание в развитии статических функций, отчетливо выражены костные изменения, функциональные нарушения со стороны внутренних органов. Развивается рахит второй степени через $1^1/_2 - 2$ мес от начала заболевания, т. е. на 4—5-м месяце жизни, и соответствует фазе разгара болезни. Для третьей степени (тяжелой) характерны резкая заторможенность, значительное отставание в развитии статических функций или полная их утрата, выраженная мышечная гипотония, ребенок сидит в типичной позе, опираясь руками на согнутые ноги, как бы сам себя придерживает, выражены «рахитический горб» в поясничном отделе позвоночника и симптом «складного ножа» — туловище свободно ложится между ног. Резко деформирован скелет. Выражена одышка, «пыхтящее» дыхание, а также характерные для фазы разгара изменения различных органов. Развивается рахит третьей степени на 6—7-м месяце болезни, т. е. у детей второго полугодия жизни.

Рахит может иметь о с т р о е т е ч е н и е, особенно у детей первых месяцев жизни, недоношенных, быстро растущих. При этом отмечается быстрое прогрессирование всех симптомов заболевания. П о д о с т р о е т е ч е н и е чаще наблюдается у детей ослабленных, с гипотрофией, анемией, а также при проведении профилактики или лечения рахита витамином D в недостаточной дозе. Заболевание развивается медленно, симптомы его выявляются чаще во втором полугодии жизни. Р е ц и д и в и р у ю щ е е т е ч е н и е харак-

теризуется сменой периодов обострений периодами клинической ремиссии, что обычно наблюдается у детей, часто болеющих, неправильно вскармливаемых. Возможно и непрерывное вялое прогрессирование процесса при неправильном и недостаточном лечении и отсутствии противорецидивной профилактики.

Поздний рахит развивается у детей старше 4 лет, обычно в периоды бурного роста, при несоблюдении режима дня, питания, при длительных заболеваниях, сопровождающихся стойким ацидозом. Многие симптомы позднего рахита ошибочно трактуют как явления вегетодистонии, особенно если они возникают в период полового развития ребенка, но в основе их лежит нарушение фосфорно-кальциевого обмена (гипофосфатемия) и полигиповитаминоз. Подростки часто жалуются на утомляемость, раздражительность, плохой сон, рассеянность, потливость, снижение аппетита, неопределенные боли в конечностях, тахикардию, они предрасположены к заболеваниям верхних дыхательных путей. Все эти признаки могут быть свойственны позднему рахиту. Связанные с рахитом мышечная гипотония и разболтанность суставно-связочного аппарата приводят к «школьным» нарушениям осанки и развитию плоскостопия. Костные изменения при позднем рахите встречаются редко. Следовательно, всегда необходимо помнить о возможности позднего рахита, своевременно проверить фосфорно-кальциевый обмен и правильно проводить неспецифическую профилактику во все периоды усиленного роста ребенка.

Профилактику рахита проводят всем детям до 2 лет, она складывается из специфической и неспецифической профилактики; последнюю проводят всем детям без исключения и особенно в периоды усиленного роста ребенка. Время и способы проведения специфической профилактики зависят от степени доношенности ребенка, времени года, наличия или отсутствия родовой травмы, заболевания почек, эндокринных нарушений.

Дородовая (антенатальная) профилактика: беременная должна строго соблюдать режим дня, разнообразно и полноценно питаться, много гулять на свежем воздухе. В последние 2 мес беременности необходима специфическая профилактика (только в осенне-зимнее время года) — облучение кварцем (15—20 сеансов через день, фокусное расстояние 100 см, экспозиция от 1 до 15 мин), внутрь рыбий жир по 1 столовой ложке 1 раз в день. Женщинам до 25 лет можно назначать витамин D_2 в масляном растворе от 500 до 2000 МЕ ежедневно. Мероприятия эти проводят последовательно.

Послеродовая профилактика. После рождения ребенка мать должна продолжать все меры профилактики в течение 1—2 мес для того, чтобы стабилизировать содержание витамина D в грудном молоке.

Неспецифическая профилактика рахита у детей включает комплекс мероприятий, обеспечивающих нормальное развитие ребенка, прежде всего правильное естественное вскармливание со своевременным введением фруктовых и овощных соков, яблочного и овощного пюре, яичного желтка, кисломолочных продуктов, мяса. Необходимы правильный режим дня, регулярное проведение гимнастики, массажа, воздушные и гигиенические ванны, ежедневные прогулки на свежем воздухе, летом — пребывание за городом (воздушно-солнечные ванны в тени, не на прямых солнечных лучах).

Специфическая профилактика: применение рыбьего жира, препаратов витамина D и ультрафиолетовое облучение (УФО). Суточная потребность здорового ребенка в витамине D составляет 400—500 МЕ, больного или недоношенного ребенка при неблагоприятных условиях внешней среды — до 1000—2000 МЕ. В 100 мл грудного молока содержится всего 4—6 МЕ витамина D, а в коровьем молоке его почти нет. Поэтому все дети должны получать витамин D дополнительно.

Профилактику рахита у здорового доношенного ребенка в осенне-зимнее время и ранней весной надо начинать с конца 1-го месяца жизни. В этом случае суточная потребность ребенка в витамине D обеспечивается ежедневным назначением рыбьего жира, содержащего в 1 мл 100 МЕ витамина D, а в одной чайной ложке 300—400 МЕ. Назначают рыбий жир с 4-недельного возраста по 5 капель в день, постепенно количество его увеличивают до 1 чайной ложки 2 раза в день (ребенку после 6 мес). Обычно рыбий жир дают в холодное время года, принимает его ребенок во время еды. Кроме того, в течение первой зимы ребенку проводят 2 курса облучения кварцем по 15—20 сеансов. Рыбий жир во время облучения не применяют.

Детям недоношенным, больным, находящимся в неблагоприятных условиях, профилактику рахита проводят с 2—3-недельного возраста витамином D. Его профилактическая доза составляет 300 000—400 000 МЕ на курс; вводить витамин следует уплотненным методом — по 30 000 МЕ в течение 10 дней, затем переходят на поддерживающую дозу — 500 МЕ ежедневно на протяжении всего первого года жизни ребенка. При искусственном и смешанном вскармливании поддерживающая доза витамина D может быть обеспечена назначением смеси «Малыш» или витаминизированного молока, в 1 л которого содержится 1000 МЕ витамина D. Детям доношенным чаще назначают масляный раствор, а недоношенным — спиртовой раствор витамина D. Спиртовой раствор содержит 200 000 МЕ в 1 мл — 4000—5000 МЕ в одной капле. Концентрация витамина D в масляном растворе равна 50 000 в 1 мл, т. е. 1500 МЕ в одной капле.

В летнее время специфическую профилактику рахита здоровым детям не проводят. Детям переношенным, с ранним закрытием родничка, тяжелой внутричерепной родовой травмой, микроцефалией, эндокринными расстройствами, изменениями в моче витамин D с профилактической целью не назначают.

Лечение рахита зависит от активности процесса, тяжести заболевания и характера его течения. Для обеспечения эффективного

лечения необходимо, чтобы оно сочеталось с правильным вскармливанием, хорошим уходом, лечением сопутствующих болезней. Диета детей даже первых месяцев жизни должна быть обогащена солями, микроэлементами и витаминами, для чего назначают овощные отвары, растертый в молоке крутой желток, 5—10 г творога в день.

Лечебные дозы витамина D зависят от степени тяжести рахита. При рахите первой степени курсовая доза не превышает 400 000—600 000 МЕ, при рахите второй — третьей степени курсовая доза повышается до 1 000 000 МЕ. Необходимо учитывать полученный ранее витамин D и последующую противорецидивную профилактику с тем, чтобы общее количество витамина D, полученного в течение первого года жизни, не превышало 1 000 000—1 200 000 МЕ.

Одновременно с витамином D назначают цитратную смесь, усиливающую всасывание кальция из кишечника, уменьшающую ацидоз и позволяющую снизить дозу витамина D до $^2/_3$ положенной. Состав смеси: лимонная кислота — 7 г, цитрат натрия — 3 г, сахарный сироп — 20 мл, дистиллированная вода — 180 мл. Смесь назначают по 1 чайной ложке 3 раза в день в течение 2—3 нед.

Наиболее физиологичным способом применения витамина D является дробный метод, при котором ежедневно покрывается суточная потребность ребенка в витамине D, равная при начальном рахите 10 000—15 000 МЕ, в фазу разгара (первая — вторая степень тяжести) — 15 000—20 000 МЕ, при тяжелом рахите — 20 000—25 000 МЕ. Курс лечения при этом методе составляет 30—60 дней. При уплотненном методе лечения витамином D, показанием к которому являются тяжелый рахит, острое течение, сопутствующее заболевание пневмонией, ребенок получает от 40 000—50 000 до 80 000 МЕ ежедневно. Проводят лечение в стационаре. Фракционный (толчкообразный) метод: 1 раз в неделю в поликлинике фельдшер дает ребенку одномоментно 100 000 МЕ витамина D, количество приемов зависит от курсовой дозы препарата. Ударный метод, когда в течение 5—6 дней дают всю курсовую дозу витамина D, в настоящее время применяется очень редко.

Для лечения рахита, особенно тяжелых его форм, применяют спиртовой и масляный растворы витамина D повышенной концентрации (первый содержит 4000—5000, а второй до 6000 МЕ в одной капле). При этом необходимо пользоваться стандартными глазными пипетками с неповрежденным концом. Флаконы с витамином D надо хранить в защищенном от света месте, плотно закрытыми. Нельзя пользоваться спиртовым раствором витамина D, если флакон его был давно вскрыт, так как спирт может выдыхаться и концентрация витамина D в одной капле может повыситься, а следовательно, может произойти передозировка препарата!

Нельзя назначать витамин D летом, а также одновременно с УФО и витаминизированным рыбьим жиром. Препараты кальция и творог назначают одновременно с витамином D только при грудном вскармливании. При искусственном вскармливании и во втором полугодии жизни в период лечения ограничивают количество кефира и цельного молока, отменяют творог, так как всасывание кальция может быть чрезмерным.

Повторный курс витамина D назначают не раньше чем через $1^1/_2$ мес после первого курса и по строгим показаниям, так как задержка кальция в организме при этом может превысить норму в 2—3 раза и, следовательно, возможно развитие гипервитаминоза D. С осторожностью назначают витамин D с лечебной целью детям с внутричерепной родовой травмой, патологией эндокринной системы, при заболеваниях печени и почек, потому что у них легко развивается гипервитаминоз D даже при малых курсовых дозах.

Лечение рахита необходимо проводить под контролем биохимических исследований крови. Если это невозможно, нужно периодически проводить пробу Сулковича на содержание кальция в моче. Реактив Сулковича: щавелевокислый аммоний — 2,5 г, щавелевая кислота — 2,5 г, ледяная уксусная кислота — 5 г, дистиллированная вода — 150 мл. Смешивают равные количества мочи и реактива, появление помутнения говорит о выведении кальция с мочой. При резко положительной пробе Сулковича витамин D отменяют и ребенок подлежит диспансерному наблюдению для возможно раннего выявления признаков гипервитаминоза D.

Гипервитаминоз D возникает при повышении доз витамина, применяемых для лечения и профилактики рахита, при неправильном его применении (например, в летнее время, одновременно с УФО, с назначением рыбьего жира), при повышенной индивидуальной чувствительности к препарату, выраженных обменных нарушениях. Кроме того, гипервитаминоз D может возникать и при чрезмерном потреблении творога, содержащего избыток кальция.

Витамин D усиливает процессы всасывания в желудочно-кишечном тракте солей кальция и утилизацию кальция в организме. Чрезмерное всасывание кальция ведет к повышенному содержанию его в крови и отложению в стенках сосудов, кишечнике, внутренних органах. Одновременно в желудочно-кишечном тракте усиливается всасывание продуктов неполного переваривания пищевых веществ, токсинов, проникновение бактерий в кровь, что может вызвать картину вторичного токсикоза и бактериемию.

Возникновению гипервитаминоза D способствуют нерациональное искусственное вскармливание, приводящее к нарушению обмена веществ, в том числе кальция, выраженные обменные и эндокринные расстройства, родовая травма, нарушение функции почек.

Симптомы гипервитаминоза D развиваются постепенно и проявляются снижением аппетита вплоть до анорексии, жаждой, учащением мочеиспускания, рвотой, задержкой стула, немотивированными повышениями температуры, быстро развивающейся дистрофией, преждевременным закрытием большого родничка. Кожа становится сухой, серовато-блед-

ной, пигментированной, подкожный жировой слой исчезает. В то же время сохраняются свойственные рахиту мышечная гипотония, повышенная возбудимость, нарушение сна, отставание психического развития и статических функций, изменения внутренних органов — все это часто неправильно трактуется как «цветущий» рахит и при этом продолжается лечение витамином D, что еще более ухудшает состояние больного.

В крови определяется лейкоцитоз и повышение уровня кальция. В начале заболевания кратковременно повышается и уровень фосфора, но гиперфосфатемия быстро сменяется снижением уровня фосфора в крови, что тоже напоминает рахит. Кальций начинает усиленно выводиться с мочой, давая положительную и резко положительную пробу по Сулковичу. При рентгенографии костей выявляется увеличение числа ядер окостенения по отношению к возрасту ребенка, преждевременное закрытие зон роста. Усиливается отложение кальция не только в костях и зонах роста, но избыток его в крови приводит к кальцинозу стенок сосудов и внутренних органов (сердце, почки, желудочно-кишечный тракт, мышцы), что дает пеструю картину поражения многих органов и систем, напоминающую рассеянный склероз у взрослых больных. Гипервитаминоз D у детей может осложняться пневмонией, пиелонефритом и нефросклерозом, мочекаменной болезнью, миокардитом и миокардиосклерозом, артериальной гипертонией, тяжелой дистрофией. В связи со снижением реактивности организма возникают интеркуррентные заболевания, сепсис. В тяжелых случаях гипервитаминоз D может привести к летальному исходу.

Л е ч е н и е должно быть комплексным, направленным на устранение токсикоза, функциональных и обменных нарушений, на повышение защитных сил организма. Необходимо правильное питание, лучше всего материнским молоком, обильное питье, ограничение или исключение молочных продуктов, творога. Все дети должны получать витамин А в концентрированном растворе по 1—2 капли 2 раза в день в течение 2—3 нед, аскорбиновую кислоту, витамины группы В, ферменты. Показано введение кокарбоксилазы по 25—50 мг в/м или в/в в течение 2—3 нед.

Для дезинтоксикации в/в капельно вводят плазму, гемодез и другие кровезаменители, глюкозу и изотонический раствор хлорида натрия, 4 % раствор гидрокарбоната натрия из расчета 4—5 мл/кг массы тела.

При отсутствии повышенного давления назначают преднизолон по 1 мг/кг массы тела в течение 10—14 дней в убывающей дозе. Стимулирующее лечение включает в ряде случаев гемонтрансфузии, гамма-глобулин. Необходимо применение сердечных средств и антибиотиков в сочетании (по показаниям) с сульфаниламидными препаратами.

Профилактика гипервитаминоза D заключается в соблюдении всех правил лечения и профилактики рахита, постоянном контроле за биохимическими показателями крови и систематическом проведении пробы Сулковича, особенно при лечении большими дозами витамина D, постоянном наблюдении за ребенком во время лечения.

Спазмофилия при рахите. В период реконвалесценции рахита, особенно при длительной инсоляции или применении массивных доз витамина D, может очень резко и быстро измениться состояние внутренней среды ребенка. Под воздействием витамина D усиливается поглощение кальция костями и может возникать гипокальциемия (до 0,007 г/л), сопровождающаяся относительной гиперкалиемией. Одновременно увеличивается обратное всасывание почками фосфора и аминокислот и развивается гиперфосфатемия (до 0,008 г/л) и алкалоз. Остро наступающая гипокальциемия на фоне алкалоза ведет к развитию спазмофилии (тетании) — приступа клонико-тонических судорог, сопровождающихся ларингоспазмом и асфиксией. Ребенок с коротким «петушиным» криком падает, теряет сознание, перестает дышать и резко синеет.

Необходимо отметить, что признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости могут появиться до приступа судорог; это дает возможность предотвратить его. К предвестникам приступа спазмофилии относятся вздрагивания ребенка при включении яркого света, громком звуке, периодически могут появиться карпопедальный спазм и «рука акушера», подергивания отдельных мышечных групп, в частности мимической мускулатуры. В подобных случаях необходимо проверить уровень кальция в крови и своевременно назначить внутрь глюконат кальция по 0,5 г 3 раза в день.

Л е ч е н и е. Приступы тетании требуют экстренных реанимационных мероприятий: искусственное дыхание «изо рта в рот», раздражение шпателем задней стенки глотки и надгортанника для того, чтобы вызвать рефлекторный вдох, внутривенное введение 3—5 мл 5—10 % раствора хлорида кальция, в дальнейшем назначение хлорида кальция внутрь по 1 чайной ложке 3 раза в день в течение 2—3 нед. При отсутствии эффекта от всех проводимых мероприятий нужна немедленная нижняя трахеотомия.

ТОКСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ может развиться на фоне различных заболеваний (острых желудочно-кишечных, пневмонии, гриппа, острых респираторных заболеваний, стафилококковой инфекции), особенно у детей раннего возраста. Сравнительная частота токсических форм заболеваний в этом возрасте обусловлена особой ранимостью ЦНС, лабильностью обменных процессов, повышенной сосудистой проницаемостью. Чем младше возраст ребенка, тем больше возможность развития токсикоза. Клинически различают два варианта токсикоза: токсикоз с преимущественным нарушением водно-солевого обмена (эксикоз) и гемодинамики и нейротоксикоз с преимущественной реакцией со стороны ЦНС и вегетативной нервной системы.

Токсикоз с эксикозом чаще наблюдается у детей грудного возраста, особенно первых месяцев жизни, ослабленных, страдающих гипотрофией, у которых снижены ферментативная деятельность пищеварительного аппарата

и бактерицидная активность пищеварительных соков. В этих условиях под влиянием различных неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды усиливается рост и патогенность кишечной микрофлоры и ее распространение. Бактериальные токсины, микробы и продукты их жизнедеятельности вместе с другими патологическими компонентами содержимого кишечника легко проникают через кишечный и печеночный барьеры в ток крови и оказывают токсическое воздействие на ЦНС и ее регуляторные механизмы, при этом извращается функция и других органов и систем, резко нарушаются обменные процессы, снижается иммунитет.

Симптомы. Начало заболевания чаще острое, бурное, ребенок возбужден, беспокоен, но быстро развиваются вялость, адинамия. Появляются частая рвота и позывы на рвоту независимо от приема пищи, в рвотных массах остатки пищи, слизь, примесь желчи. Количество рвотных масс превышает полученный ребенком объем пищи и воды. Стул частый — до 8—20 раз в сутки, обильный, водянистый, иногда брызжущий, бедный каловыми массами, с примесью слизи. В связи с нарушением всасывания воды и быстрой потерей жидкости развивается обезвоживание, быстро уменьшается масса тела (на 1 кг и более на 2—3 сут).

При обезвоживании заостряются черты лица, появляется сухость склер и слизистых оболочек, западают большой родничок и глаза, губы яркие, сухие, кожные покровы приобретают землисто-серый оттенок, кожа, взятая в складку, плохо расправляется, тургор тканей снижен. Может развиться склерема, преимущественно на нижних конечностях (уплотнение подкожной жировой клетчатки достигает хрящевой консистенции). Появляется токсическое дыхание — дыхание шумное «загнанного зверя», нарушается деятельность сердечно-сосудистой системы (пульс частый, малый, тоны глухие, АД снижено, холодные конечности), почек. Сознание периодически затемненное, взгляд устремлен вдаль, могут развиться автоматические движения пальцев, затем судорожный синдром — коматозное состояние.

Кровь сгущается, при этом отмечается ложное повышение гемоглобина и числа эритроцитов. Мочи отделяется мало, в ней обнаруживаются белок, эритроциты, лейкоциты, цилиндры, в крайних случаях может быть анурия. В начале заболевания почти всегда повышается температура до 39—40 °С и затем быстро снижается.

Клинические проявления токсикоза с эксикозом могут несколько варьировать в зависимости от преимущественной потери воды или солей, что должно учитываться при назначении лечения.

При соледефицитном эксикозе преобладает потеря электролитов, происходит резкий сдвиг кислотно-основного состояния в сторону ацидоза, снижается содержание калия, натрия, хлоридов, иногда кальция. Ведущим в клинике является дефицит калия — резкая заторможенность, сонливость, вялость, адинамия, спутанность сознания, мышечная гипотония, снижение рефлексов. В связи с резким снижением тонуса мышц нарушается дыхание, расширяются границы сердца и отмечается особая глухость тонов сердца, снижается АД, развивается парез кишечника, сопровождающийся метеоризмом.

«Чистый» вододефицитный эксикоз встречается редко, ему свойственно резкое возбуждение ребенка, двигательное беспокойство, высокая температура, нарушение сна, склонность к гипертонусу мышц, напряжение затылочных мышц, судороги, повышенная жажда; при нем резко снижены пото-, слюно- и мочеотделение.

Чаще наблюдается изотонический эксикоз, при котором потеря жидкости и электролитов равномерна и клиническая картина зависит от степени и глубины нарушения обменных процессов.

Обычно токсикоз развивается в течение 2—3 дней, при правильном лечении проходит через 3—4 дня, но полное выздоровление длится 2—3 нед. В этот период при неблагоприятных условиях может присоединиться вторичная инфекция (стоматит, отит, пиурия, пневмония и другие интеркуррентные заболевания). Всегда после перенесенного токсикоза у ребенка прогрессирует гипотрофия и гиповитаминоз. Если ребенку не оказана своевременная помощь, возможен смертельный исход.

Лечение комплексное, включающее борьбу с токсикозом и причинами, его вызвавшими, устранение обезвоживания и ацидоза, борьба с инфекцией, восстановление ферментативной активности и нормальных процессов пищеварения и симптоматическая терапия.

Дезинтоксикации и устранения обезвоживания достигают немедленным внутривенным введением плазмы или ее заменителей из расчета 10—20 мл/кг массы тела, назначением голодной водно-чайной диеты на 12—24 ч в зависимости от тяжести состояния. В этот период жидкость вводят из расчета 100—150 мл/кг массы тела, которая должна быть у ребенка в данном возрасте. Жидкость вводят через рот, в/в, под кожу, в клизмах. Пить дают примерно $^1/_3$ от общего количества вводимой жидкости в сутки — воду, чай с 3 % сахара или раствор Рингера пополам с 5 % раствором глюкозы. Питье дают дозированное по 1 чайной ложке каждые 5—10 мин; если сохраняется рвота, жидкость закапывают в рот пипеткой. В/в жидкость вводят капельно медленно в течение нескольких часов, сначала по 20 капель, затем по 10—15 капель в минуту. Состав вводимой жидкости определяется характером эксикоза. Если клинически характер токсикоза неясен, желательно пользоваться смесью из равных частей раствора Рингера и 5 % раствора глюкозы. При вододефицитном эксикозе соотношение раствора Рингера и глюкозы 1 : 3, при соледефицитном — 2 : 1. Необходимо помнить, что обильное введение в организм одной какой-либо жидкости (только глюкозы или только раствора Рингера) может привести к тяжелым осложнениям. При дефиците калия следует вводить 0,3 % раствор хлорида калия в виде питья по 30—50 мл/кг массы тела, для внутривенного введения используют 7,5 % раствор

хлорида калия, который вводят в смеси с раствором Рингера или 5 % раствором глюкозы.

После голодно-водной разгрузки рекомендуется кормление грудным сцеженным молоком по 10 мл каждые 2 ч, т. е. 10 раз в сутки. Если нет грудного молока, назначают в таком же количестве Б-рис, Б-кефир или смесь № 2 (см. *Вскармливание*). Каждый следующий день на кормление прибавляют по 10 мл молока, постепенно доводя объем до возрастной нормы. Начиная с 5—6-го дня осторожно прикладывают к груди на 3—5 мин, а затем докармливают сцеженным молоком. При быстро уменьшающемся токсикозе можно несколько увеличить темпы количественной прибавки питания, но делать это надо осторожно. Возобновление метеоризма, срыгивания, рвоты, беспокойства указывает на перегрузку в питании, с которой ребенок еще не справляется, и у него может вновь усилиться токсикоз.

Для борьбы с инфекцией назначают антибиотики, действующие на кишечную группу (левомицетин, тетрациклины в возрастных дозах) в комплексе с фталазолом и другими сульфаниламидными препаратами (по показаниям). Обязательно рано назначают ферменты: пепсин с хлористоводородной кислотой, натуральный желудочный сок, панкреатин. Применяют симптоматические средства — сердечные препараты, кордиамин, кофеин, комплекс витаминов. Начиная со 2-й недели расширяют стимулирующую терапию: вводят гамма-глобулин, переливают кровь, плазму.

Необходимо обеспечить ребенку очень хороший уход, тщательный контроль за состоянием кожи и слизистых оболочек, длительное пребывание на свежем воздухе, спокойный сон.

Нейротоксикоз. Ведущими в его клинической картине являются симптомы со стороны нервной системы, в результате интоксикации развивается отек мозга, могут быть кровоизлияния в мозг и некрозы. Эксикоз отсутствует, но быстро нарушается сознание, возникают судороги, нарушение функций сердечно-сосудистой системы, почек. Ребенок может впасть в коматозное состояние.

Лечение. Необходимо улучшить диурез, снизить внутричерепное давление, проводить жаропонижающую терапию. Для дегидратации в/в вводят 20—40 % раствор глюкозы, переливают плазму, назначают гипотиазид, фуросемид (лазикс) в возрастных дозах. Показаны кортикостероиды — преднизолон по 1 мг/кг массы тела в сутки коротким курсом. Антибактериальную терапию проводят в зависимости от характера основного заболевания, вызвавшего нейротоксикоз. По особым показаниям, при выраженном менингеальном синдроме, с диагностической и терапевтической целью необходима спинномозговая пункция.

Глава 6

АКУШЕРСТВО

АБОРТ (ВЫКИДЫШ) — прерывание беременности в течение первых 28 нед (7 акушерских месяцев); аборт в течение первых 14 нед называется ранним, после 14 и до 28 нед — поздним. Плод, родившийся до 28 нед, как правило, нежизнеспособен.

Самопроизвольный аборт наступает без всяких вмешательств под влиянием различных причин — острые инфекционные заболевания (особенно грипп, тифы, малярия); заболевания, сопровождающиеся высокой температурой (воспаление легких, плеврит и др.), недоразвитие половых органов, воспалительные заболевания матки. К аборту приводят и такие заболевания, как пороки сердца, болезни эндокринных желез (гипертиреоз, диабет, гиперплазия коры надпочечников, недостаточность желтого тела), авитаминозы, психические травмы, токсоплазмоз, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору, хронические отравления ртутью, свинцом, анилиновыми соединениями, а также ионизирующее излучение.

Искусственный аборт — преднамеренное прерывание беременности.

Симптомы, течение. При аборте плодное яйцо постепенно отслаивается от матки, после отслойки погибает и под влиянием сокращений матки изгоняется целиком или частично. Аборт сопровождается схваткообразными болями и кровотечением различной интенсивности, что зависит от степени отслойки плодного яйца и просвета поврежденных сосудов. Интенсивность болей зависит от срока беременности (в ранние сроки выражены меньше).

Различают: 1) угрожающий аборт — плодное яйцо отслоилось от стенки матки на незначительном участке. Сопровождается болями внизу живота, кровянистые выделения обычно отсутствуют, шейка закрыта, беременность может быть сохранена при соответствующем лечении; 2) начинающийся аборт — плодное яйцо отслоилось частично, боли и кровянистые выделения небольшие, шейка матки закрыта или слегка приоткрыта, беременность сохранить можно, но труднее, чем при угрожающем выкидыше; 3) аборт в ходу — плодное яйцо отслоилось целиком и изгоняется из матки, боли схваткообразные, сильные, кровотечение обильное, канал шейки раскрыт, нередко в нем определяется при исследовании плодное яйцо; 4) полный аборт — отслоившееся плодное яйцо целиком вышло из полости матки, кровотечение прекращается, шейка матки закрывается; 5) неполный аборт — часть плодного яйца выделилась из матки, часть осталась. Наблюдается кровотечение различной интенсивности. Канал шейки матки раскрыт, проходим для пальца. Если остатки плодного яйца не удалены, вокруг них организуются кровяные сгустки — образуется плацентарный полип, при котором матка полностью не сокращается, длительно наблюдаются кровянистые выделения. Если отслоившееся плодное яйцо целиком осталось в матке, оно, окруженное сгустками и пропитанное кровью, превращается в кровяной сгусток — кровяной занос. Постепенно из кровяного заноса выщелачивается кровяной пигмент, жидкость всасывается, занос уменьшается в размере, делается плотнее и принимает глинистый вид — образуется мясистый занос.

Несостоявшийся, задерживающийся выкидыш — плодное яйцо погибает, но не изгоняется из матки и очень долгое время может оставаться в ней. Если микробы попадают в матку, возникает инфицированный аборт. По степени распространения инфекции различают: 1) неосложненный лихорадочный аборт, когда инфекция локализуется в матке; 2) осложненный лихорадочный аборт — инфекция вышла за пределы матки, определяются изменения в придатках, брюшине и клетчатке таза; 3) септический аборт — инфекция генерализовалась. Общее состояние больной тяжелое, озноб, гнойные очаги во многих органах [см. *Послеродовые (послеабортные) заболевания*]. Дифференциальную диагностику проводят на основании клинической картины и анамнеза (задержка менструации).

Лечение. При угрожающем и начинающемся абортах, когда беременность можно сохранить — постельный режим на 2—3 нед с запрещением половой жизни. Для уменьшения сокращений матки назначают свечи с папаверином (0,02—0,015 г) 2—3 раза в день в течение 10—12 дней, инъекции сульфата

магния (по 20 мл 25 % раствора 1—2 раза в сутки), прогестерон в сочетании с эстрогенами. До 8 нед беременности применяют одновременно эстрогены (этинилэстрадиол, или микрофоллин, по 0,02—0,05 мг) и прогестерон по 5 мг в день или оксипрогестерона капронат (1 мл 6,5 % раствора 1 раз в неделю). После 8—9-й недели доза гормонов увеличивается (этинилэстрадиол по 0,05—0,1 мг, прогестерон по 10 мг в день). Обычно лечение заканчивают к 15—16-й неделе беременности, причем введение гормонов уменьшают постепенно, в течение 5—7 дней. Гормональное лечение сочетают с психотерапией, применением витаминов [аскорбиновая кислота по 0,1—0,2 г, витамин Е 200 мг 2—3 раза в неделю в/м (раствор токоферола ацетата в масле 5 %, 10 % и 30 %)].

При задержавшемся выкидыше длительное выжидание не рекомендуется из-за возможности возникновения опасных осложнений (инфицирование, нарушение свертываемости крови, развитие хорионэпителиомы). При ранних сроках погибшее плодное яйцо удаляют хирургическим путем (выскабливание). При позднем аборте для возбуждения родов используют схемы. После изгнания плодного яйца рекомендуется контрольное выскабливание матки. Если беременность не удается сохранить, производится инструментальное удаление плодного яйца (при отсутствии инфекции).

При неосложненном лихорадочном аборте после антибиотикотерапии (пенициллин по 300 000 ЕД через 4 ч в течение 5—6 дней) и нормализации температуры следует осторожно произвести выскабливание матки. При осложненном лихорадочном и септическом аборте в первую очередь необходимо ликвидировать инфекцию (антибиотикотерапия — пенициллин, тетрациклин, эритромицин). Назначают общеукрепляющие, болеутоляющие средства и одновременно применением сокращающих средств способствуют изгнанию остатков плодного яйца (питуитрин по 1 ампуле в день 2—3 дня, хинин по 0,15 г 3 раза в день). Выскабливание при инфицированном аборте, если не ликвидирована инфекция, производят только при возникновении кровотечения, опасного для жизни.

АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В АКУШЕРСТВЕ. Родовые пути женщины после родов представляют собой обширную раневую поверхность. Если в полость матки через ссадины и трещины мягких родовых путей попадают микроорганизмы, легко может развиться послеродовая инфекция. Особенно возрастает вероятность инфекции при патологических родах. Источники инфекции могут быть эндогенными и экзогенными. Эндогенная инфекция: гнойничковые заболевания, кариозные зубы, ангина, воспалительные процессы мочеполовых органов самой женщины. Из этих очагов кровеносным и лимфатическим путями инфекция может попадать в родовые пути. Экзогенная инфекция: через руки, инструменты, перевязочный материал (микрофлора зева и носа персонала) — все, что соприкасается с половыми органами во время беременности, особенно в последние недели ее, в родах и после родов. Борьба с послеродовыми инфекциями ведется путем ее профилактики. Основой профилактики является строгое соблюдение асептики и антисептики в родовспомогательных учреждениях, правила личной гигиены.

Во время беременности имеет большое значение выполнение правил гигиены беременности, особенно устранение очагов инфекции, содержание тела в чистоте, запрещение половой жизни в последние 2 мес беременности, изоляция беременной от инфекционного больного.

Во время родов. Если при осмотре роженицы при поступлении в родильное отделение у нее температура выше 37,5 °С, гнойничковые заболевания на коже, ангина, грипп, катар верхних дыхательных путей, возникает подозрение на гонорею, трихомонадный кольпит. Такие женщины должны направляться во II акушерское отделение. Роженицы, у которых наступила внутриутробная гибель плода, родильницы, роды у которых произошли в домашних или уличных условиях, также поступают во II акушерское отделение.

При поступлении в любое акушерское отделение ставят очистительную клизму, сбривают волосы с кожи подмышечных впадин и с кожи наружных половых органов, обмывают наружные половые органы. После этого беременная принимает душ, надевает чистое белье и направляется в предродовую палату.

В предродовой палате роженица проводит I период родов. Под кроватью, на которой она лежит, должно быть индивидуальное продезинфицированное судно, имеющее тот же номер, что и кровать. Через каждые 5—6 ч производят туалет наружных половых органов обмыванием слабым дезинфицирующим раствором (1 % раствор лизоформа, раствор перманганата калия 1:6000 или 1:8000). Обмывают ватным шариком на корнцанге. Весь материал, соприкасающийся с половыми органами, должен быть стерильным. Если роженице производят влагалищное исследование, то руки акушерка моет по одному из способов, принятых в хирургии.

Роды проводят в специальной родильной комнате, содержащейся в такой же чистоте, как операционные. Все белье, перевязочный материал, инструментарий должны быть стерильными.

Акушерка, ведущая роды, обрабатывает руки, как перед полостными операциями. Наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер роженицы обрабатывают 3 % раствором настойки йода. На роженицу надевают чистую рубашку и матерчатые чулки, под роженицу подкладывают стерильную простыню. Весь персонал в родильной комнате работает в марлевых масках, а акушерка перед приемом родов надевает стерильный халат. После родов родильнице обмывают наружные половые органы и, если есть разрывы, зашивают их с соблюдением всех правил асептики и антисептики.

АСФИКСИЯ ПЛОДА. Асфиксия внутриутробного плода возникает при заболеваниях матери и осложнениях родов, сопровождаю-

щихся нарушением плацентарного кровообращения и газообмена плода. Может возникнуть при нефропатии, эклампсии, гипертонической болезни, тяжелых заболеваниях сердца и легких, острой анемии, заболеваниях с высокой температурой, при продолжительных родах с безводным периодом, отслойке плаценты и обвитии пуповины вокруг шеи плода, тазовых предлежаниях, нарушениях мозгового кровообращения, обусловленных продолжительным давлением на головку со стороны родовых путей (узкий таз) и т. д. Проявлением внутриутробной асфиксии является нарушение сердцебиения плода: ускорение сердцебиения до 160 в минуту и чаще, замедление сердцебиения до 110—100 в минуту и реже, приглушение тонов, аритмии. При головном предлежании воды при асфиксии иногда окрашены меконием. При начальных признаках асфиксии или при подозрении на нее проводят профилактику и лечение по методу Николаева:

1) роженице дают дышать кислородом каждые 5 мин до стойкого улучшения сердечных тонов плода;

2) в это же время в/в вводят 50 мл 40 % раствора глюкозы (можно дать внутрь 50 г глюкозы в стакане горячей воды);

3) в/м вводят 1 мл 10 % раствора кардиазола, или коразола.

Через 30 мин мероприятия можно повторить.

В. И. Хмелевский рекомендует при асфиксии плода вводить роженице в/в 40—50 мл 40 % раствора глюкозы с 1 мл 2 % раствора аскорбиновой кислоты и 5—10 мл 10 % раствора хлорида кальция. Кроме того, внутрь назначают до 100 г глюкозы, 2 г хлорида кальция, 0,5 г аскорбиновой кислоты, 30 мг витамина B_1 и 8 капель хлористоводородной кислоты (соляная кислота), разведенной в полстакане воды. При внутриутробной гипоксии эффективен сититин (в/в 2 мл 1 % раствора). При отсутствии эффекта можно применить эстрадиола пропионат (20 000 ЕД) в сочетании с 0,5 мл наркозного эфира (вводят в заднюю губу шейки матки или в/м). Положительный результат оказывает в/в введение 150—250 мл 5 % раствора гидрокарбоната натрия (следует учитывать массу тела женщины). Сразу же после вливания щелочи вводят 100 мл 10—20 % раствора глюкозы. При необходимости введение раствора гидрокарбоната натрия можно повторить через 2 ч. Если вышеуказанные меры не эффективны, показано срочное родоразрешение. Метод родоразрешения зависит в каждом конкретном случае от акушерской ситуации.

Асфиксия новорожденных. Причины те же, что и асфиксия внутриутробного плода. Различают легкую, или синюю, и тяжелую, или белую асфиксии. При *легкой асфиксии* кожа цианотична, рефлексы снижены, сердцебиение замедлено. При *тяжелой асфиксии* кожа бледная, сердцебиение плода резко замедлено, рефлексы резко снижены или отсутствуют, мышцы расслаблены.

Для оживления детей, родившихся в состоянии асфиксии, предложено много методов, которые в основном сводятся к следующему.

1. Ребенка, рожденного в состоянии асфиксии, не отделяя от пуповины, погружают в ванночку с теплой кипяченой водой (температура 38—39 °С), установленную между ногами матери. Пуповину не перерезают до тех пор, пока не прекратится в ней пульсация (метод предложен И. С. Легенченко).

2. Немедленно отсасывают слизь из верхних дыхательных путей стерильным резиновым баллоном с мягким наконечником. Если дыхание не появляется, слизь отсасывают из трахеи (на баллон надевают стерильный эластический катетер и под контролем пальца катетер вводят в трахею).

3. Если ребенок начал дышать, но регулярного и глубокого дыхания нет, следует чередовать обрызгивание грудной клетки холодной и теплой водой.

4. Подкожно вводят 0,2—0,3 мл 10 % раствора кофеина, 0,2 мл 0,15 % раствора цититона.

Л. С. Персианинов предложил вводить в пуповинную артерию 3 мл 10 % раствора хлорида кальция и 5—7 мл 40 % раствора глюкозы, а также 30—40 мл крови в артерию пуповины. Им же предложено введение 8—15 мл 5 % гидрокарбоната натрия в 20 мл 20 % растворе глюкозы в вены пуповины. Указанные методы при легкой асфиксии оказываются достаточными, в то время как при тяжелой асфиксии могут не оказать должного эффекта.

В настоящее время для оживления детей, родившихся в тяжелой асфиксии, применяют искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Наиболее портативными и простыми являются аппараты, ритмически вдувающие воздух в легкие (ДП-5 с электроприводом и РДА-1 ручной). Давление регулируется от 0 до 40 мм рт. ст. (0—5,33 кПа). Смену вдоха и выдоха производят в зависимости от заданной частоты дыхания. Воздух в легкие вводят в помощью маски или через интубационную трубку (могут быть использованы резиновые катетеры № 13 и 14, но с введением в них металлических мандренов). Полированные металлические интубаторы имеют диаметр 3—5 мм и длину 12—15 см, один конец дугообразно изогнут, другой притуплен и утолщен для закрепления на нем резинового шланга.

Интубацию выполняют в положении ребенка на спине со слегка откинутой головой. Рот и трахею предварительно очищают от слизи. Интубацию производят с помощью II пальца левой руки, который вводят глубоко в рот ребенка. Кончиком пальца закрывают вход в пищевод, ладонная поверхность кончика пальца лежит на гортани. Интубатор проводят по указательному пальцу, ногтевая фаланга которого направляет и вставляет интубатор в гортанную щель, после чего последний проталкивают правой рукой на 2—3 см в глубь трахеи. После введения интубатора к нему присоединяют шланг отсоса, с помощью регулятора устанавливают нужное давление на аппарате. При первых 10—12 вдохах давление должно быть 30 мм рт. ст. до установления хорошей экскурсии грудной клетки, а затем 15—20 мм рт. ст. (2,00—2,67 кПа).

Искусственное дыхание проводят с частотой 24—30 вдохов в минуту, что достигается сжиманием резинового баллона аппарата

РДА-1 или установкой регулятора частоты с помощью ДП-5. Интубатор удаляют после восстановления регулярного дыхания и нормализации работы сердца. В случаях вторичной асфиксии ИВЛ проводят через интубатор периодически по 10—15 мин в течение нескольких часов. Наряду с аппаратным дыханием для борьбы с метаболическим ацидозом следует вводить щелочные растворы (см. выше).

При отсутствии аппаратов искусственного дыхания применяют следующие методы: 1) ребенка кладут на край стола, головка свисает за его край. Одной рукой держат ножки, другой — головку в области затылка. Ножки, согнутые в коленях, прижимают к животу, а головку одновременно к груди (20—30 раз); 2) ребенок лежит на столе. Обе ручки его отводят за головку и задерживают несколько секунд (вдох), после чего их приводят к туловищу и слегка прижимают к грудной клетке (20—30 раз). Помощник в это время держит ребенка за ножки.

Новорожденные, выведенные из состояния асфиксии, должны находиться под особым наблюдением. У них возможны вторичная асфиксия и симптомы внутричерепного кровоизлияния.

Ребенку, перенесшему асфиксию, показан полный покой и оксигенотерапия. Назначают внутрь по 5 мл 10 % раствора хлорида кальция 4 раза в день, рутин и викасол по 0,002 г 2 раза в день или викасол в инъекциях по 0,5 мл 1 % раствора 2 раза в день. Назначают 0,1 мл кордиамина. При возбуждении применяют фенобарбитал (люминал) по 0,001 г 2 раза в день, по 5 мл 0,5 % раствора бромида натрия 4 раза в день, по 0,1—0,2 мл 2,5 % раствора аминазина из расчета 0,001 г/кг в сутки. При отеке мозга показано в/в введение плазмы и 40 % раствора глюкозы (10 мл/кг).

БЕРЕМЕННОСТЬ ВНЕМАТОЧНАЯ. Развивается в тех случаях, когда оплодотворенная яйцеклетка имплантируется вне полости матки. В зависимости от места имплантации различают трубную, яичниковую и брюшную беременность (очень редко).

Основной причиной внематочной беременности являются изменения, связанные с воспалением труб, препятствующие нормальному продвижению яйцеклетки в матку; яйцо оседает в трубе и имплантируется в ее стенку. Воспалительные изменения в трубах чаще всего обусловлены гонореей, осложненными абортами, эндокринными расстройствами. Нередко причиной внематочной беременности служит недоразвитие половых органов (длинные, извитые, с узким просветом и слабой перистальтикой маточные трубы). Время прохождения яйцеклетки по такой трубе удлиняется, яйцо успевает в трубе достигнуть стадии развития, при которой наступает имплантация. Оплодотворенная яйцеклетка, погрузившись в тонкую слизистую оболочку трубы, быстро разрушает ее ворсинами хориона и прорастает мышечную оболочку трубы. Обычно внематочная беременность прерывается на 5—6-й неделе, реже — на 8-й или в начале 12-й недели.

Прерывание беременности происходит по типу трубного аборта и по типу разрыва трубы.

При **трубном аборте** плодное яйцо отслаивается от стенки трубы, погибает, антиперистальтическими движениями трубы продвигается к ампулярному концу трубы и изгоняется в брюшную полость. При отслойке плодного яйца возникает кровотечение в трубе, а если кровотечение значительное, кровь проникает из трубы в брюшную полость и, скапливаясь в заматочном пространстве, образует позадиматочную гематому. Очень редко отслоившееся плодное яйцо не погибает, а имплантируется в брюшной полости, тогда говорят о брюшной беременности, которая может развиваться до срока родов.

При **разрыве трубы** разрушается вся ее стенка, возникает сильное кровотечение, быстро приводящее к резкому малокровию, угрожающему жизни.

Симптомы, течение. Пока внематочная беременность не прервана, она характеризуется задержкой менструации, тошнотой и т. д. Матка слегка увеличена и размягчена, иногда удается определить справа или слева от матки колбасовидной формы опухолевидное, пульсирующее образование тестоватой консистенции. Типичные симптомы внематочной беременности возникают при ее нарушении.

При разрыве трубы внезапно или после небольшого физического напряжения появляется приступ сильной боли внизу живота, сопровождающийся обмороком или полуобморочным состоянием. Боль отдает в плечо, лопатку, задний проход. В связи с обильным кровотечением в брюшную полость быстро нарастает анемия: кожа и видимые слизистые оболочки бледнеют, дыхание учащается, падает АД, пульс становится частым, мягким. Живот может быть вздут, болезнен, при пальпации определяется положительный симптом Блюмберга—Щеткина. В области скопления крови определяется притупление перкуторного звука. При влагалищном исследовании отмечается выпячивание заднего свода.

При трубном аборте типичны схваткообразные боли внизу живота, сопровождающиеся головокружением или полуобморочным состоянием. Боли также отдают в лопатку, задний проход. Резко выраженной анемии не наблюдается. Появляются темные, кровянистые, иногда дегтеобразные, мажущиеся выделения.

Диагностика ненарушенной внематочной беременности затруднена; при подозрении необходимо наблюдение над больной в стационаре. При трубном аборте симптоматика может быть стертой, тогда можно ошибочно поставить диагноз: воспалительный процесс, аборт, аппендицит и другие заболевания. Существенное значение в этих случаях имеет анамнез. Характерны для внематочной беременности скудные темные выделения после задержки менструации. Дополнительными диагностическими методами служат: пункция заднего свода (получение крови подтверждает диагноз внематочной беременности) и реакция Ашгейма—Цондека.

Лечение. При подозрении на внематочную беременность женщина должна быть немедленно госпитализирована в больницу наи-

более удобным видом транспорта в сопровождении медицинского персонала. При установлении диагноза показана немедленная операция. При большой кровопотере переливают кровь и кровезаменяющие жидкости, применяют сердечные средства. Все эти мероприятия проводят во время или после операции (до операции они противопоказаны).

БЕРЕМЕННОСТЬ. ДИАГНОСТИКА. В ранние сроки беременности диагноз устанавливают на основании предположительных и вероятных признаков беременности.

К предположительным относят: 1) изменения аппетита, тошнота, рвота; 2) изменение обонятельных ощущений; 3) появление раздражительности, сонливости и т. д.; 4) пигментация кожи лица, белой линии живота, сосков и околососковых кружков; 5) нагрубание молочных желез. К вероятным признакам относят: 1) прекращение менструации; 2) синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки при влагалищном исследовании; 3) изменение формы, величины и консистенции матки; 4) появление молозива при надавливании на соски. Увеличение матки отмечается с 5—6-й недели. К концу 8-й недели матка увеличивается до размера гусиного яйца, а к концу 12-й недели дно матки находится несколько выше симфиза.

Признак Горвица—Гегара: беременная матка мягкой консистенции, особенно в области перешейка (исследующие пальцы почти без сопротивления встречаются в области перешейка).

Признак Снегирева основан на легкой изменяемости консистенции матки: беременная матка при исследовании несколько плотнеет и сокращается в размере.

Признак Пискачека: в ранние сроки нередко отмечается асимметрия матки, зависящая от выбухания угла матки, куда имплантировало плодное яйцо.

Распознавание в ранние сроки основывается на совокупности нескольких признаков, подтверждающих беременность. Если есть сомнение в наличии беременности, женщине рекомендуют явиться на повторный осмотр через 10—14 дней, и на основании роста матки подтверждают или отвергают беременность. Если диагноз беременности необходимо подтвердить быстро (подозрение на внематочную беременность), прибегают к биологическим методам определения беременности.

Реакция Ашгейма—Цондека. С наступлением беременности в моче женщины появляется большое количество хориального гонадотропина, обнаруживаемого в моче уже со 2-го дня после имплантации. Моча беременной женщины, введенная п/к неполовозрелым мышам, вызывает у них рост матки и фолликулов яичника, а также кровоизлияния в полость увеличенных фолликулов («кровяные точки»). В дальнейшем происходит лютеинизация фолликулов (желтые тела). Для проведения реакции требуется 96—100 ч, достоверность ее достигает 98 %.

Более быстрый, но менее достоверный биологический метод определения беременности — гормональная реакция на лягушках. Самцы некоторых видов лягушек (лучше всего озерных) выделяют сперматозоиды под влиянием гонадотропных гормонов, содержащихся в моче беременной женщины. Мочу вводят (2,5 мл) в спинной лимфатический мешок лягушки и через 1—2 ч жидкость из клоаки исследуют под микроскопом. Реакция положительная, если обнаружены подвижные сперматозоиды.

Иммунологические методы исследования основаны на обнаружении в моче обследуемой женщины хорионического гонадотропина. Преимуществом этих методов является их достаточно высокая специфичность, быстрота и относительная простота выполнения.

Во второй половине беременности появляются достоверные, или несомненные, признаки беременности: 1) прощупываются части плода (головка, спинка, мелкие части); 2) прослушиваются сердечные тоны плода; 3) определяются движения плода беременной женщиной и исследующим лицом; 4) может быть использовано рентгенологическое исследование (в особых случаях).

Для выявления достоверных признаков беременности пользуются методом наружного исследования — пальпацией и аускультацией. Женщина при исследовании лежит на спине, исследующий стоит справа лицом к ее лицу. Пальпацию живота беременной производят по определенному плану с последовательным применением четырех приемов.

Первый прием. Ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают, определяют уровень стояния дна матки и часть плода, располагающуюся в дне матки (чаще тазовый конец).

Второй прием. Обе руки со дна матки перемещают книзу, до уровня пупка, и располагают на боковых поверхностях матки. Пальпацию производят попеременно левой и правой рукой: левая лежит спокойно, правая скользит по матке и ощупывает обращенную к ней часть плода. Затем правая лежит спокойно, а левая ощупывает обращенную к ней часть плода. Спинка плода пальпируется в виде равномерной площадки, мелкие части — в виде небольших выступов. Вторым приемом определяют положение, позицию и вид позиции.

Третий прием. Одну руку исследующий кладет выше верхнего края лона так, чтобы I палец находился с одной стороны, а четыре остальных — с другой стороны предлежащей части. Если предлежит головка, то она имеет вид плотного, округлого тела с отчетливыми контурами. Если головка подвижна, она «баллотирует» при исследовании (короткими толчками передвигает головку слева направо и наоборот). При тазовом предлежании определяется над лоном объемистая, мягковатая часть, не имеющая округлой формы и способности к «баллотированию». При поперечном и косом положении предлежащая часть не определяется.

Четвертый прием позволяет уточнить предлежащую часть и определить уровень ее стояния. Исследующий становится сбоку от беременной, справа, лицом к ее ногам. Ладони

обеих рук располагает на предлежащей части справа и слева, концы пальцев доходят до лона. Осторожно вытянутыми пальцами исследующий проникает вглубь по направлению к полости таза и определяет высоту стояния предлежащей части, при этом можно нащупать затылок и подбородок. С помощью этого приема можно следить за постепенным опусканием предлежащей части в родах.

Аускультацию производят акушерским стетоскопом с конца V месяца беременности. Сердцебиение плода обычно прослушивается при головном предлежании лучше всего ниже пупка (при первой позиции слева, при второй — справа), а при тазовом предлежании — на уровне пупка или выше его (слева при первой позиции, справа — при второй). При поперечном положении сердцебиение выслушивается на уровне пупка, ближе к головке. Сердцебиение плода ритмичное, 120—140 в минуту. При аускультации живота можно уловить и разные шумы, исходящие из организма матери: пульсацию брюшной аорты, совпадающую с пульсом беременной, «дующие» маточные шумы, также совпадающие с пульсом женщины, неритмичные кишечные шумы.

Распознавание многоплодной беременности затруднительно. Имеют значение бóльшая, чем обычно, окружность живота беременной (больше 100 см), прощупывание трех крупных частей плода, прослушивание в разных местах одновременно неодинакового по частоте сердцебиения плода. Иногда приходится прибегать к рентгенологическому исследованию. Плоды при двойне расположены продольно или поперечно либо один плод находится в продольном, а другой в поперечном положении. При многоплодной беременности чаще, чем при обычной, наблюдаются различные осложнения во время беременности и в родах (см. *Двойня*).

БЕРЕМЕННОСТЬ ШЕЕЧНАЯ = имплантация и развитие плодного яйца в слизистой оболочке канала шейки матки. Чрезвычайно опасное для жизни беременной осложнение. Встречается редко.

При шеечной беременности ворсины проникают в мышцы шейки матки и разрушают их, приводя к истончению стенок шейки и к отслойке плаценты (чаще всего на IV—V месяце беременности). В ранние сроки протекает бессимптомно. Кровотечение начинается внезапно и сразу приобретает угрожающий характер.

При постановке диагноза, кроме кровотечения, наиболее характерными признаками являются деформация и бочкообразное утолщение шейки матки, эксцентричное смещение наружного зева. По величине шейка часто превосходит тело матки, которое прощупывается над шейкой в виде узла.

Лечение. Немедленная госпитализация и операция — удаление всей матки. Ошибочная попытка удаления плодного яйца через влагалище (пальцевое удаление, выскабливание) приводит нередко к смертельному исходу.

ВОДЯНКА БЕРЕМЕННЫХ = первый этап токсикоза беременности (водянка, нефропатия, преэклампсия и эклампсия), характеризуется развитием отеков в последние 3—4 мес беременности. Накопление жидкости обусловлено нарушением водно-солевого обмена и повышением проницаемости капилляров.

Симптомы, течение. Вначале возникает пастозность, а затем отечность стоп и голеней. В дальнейшем отеки распространяются на бедра, переднюю стенку живота, на туловище и лицо. Масса тела беременной быстро нарастает (во II половине беременности увеличение за неделю не должно превышать 250—300 г), за неделю увеличиваясь на 500 г и больше. Избыточная прибавка массы тела без видимых отеков свидетельствует о наличии скрытых отеков; АД нормальное, белок в моче отсутствует, изменений в сердце, почках, печени и других органах не наблюдается. Распознавание основано на описанной выше клинической картине.

Лечение. При выраженных отеках показаны госпитализация, постельный режим. При небольших отеках можно проводить лечение в домашних условиях. Необходимо ограничить прием соли (3—5 г в сутки) и жидкости (до 3—4 стаканов в день). Рекомендуется в основном молочно-растительная пища. Мясо заменяют творогом, простоквашей, кефиром. Назначают разгрузочные дни ($1^1/_2$ кг яблок с сахаром) или творог (до 1 кг с 150 г сахара) и диуретики: 10 % раствор хлорида аммония по 1 столовой ложке 3—4 раза в день или гипотиазида по 25—50 мг в день 3—4 дня подряд. Однако диуретики вызывают гипокалиемию, поэтому при их применении необходимо назначать препараты калия (10 % раствор ацетата калия по 1 столовой ложке 3 раза в день или хлорида калия по 1 г 3 раза в день после еды). С целью понижения проницаемости капилляров назначают порошок, куда входит 0,02 г рутина, 0,2 г аскорбиновой кислоты и 0,5 г глюконата кальция (по 1 порошку 3 раза в день). Перерыв в лечении 2—3 дня, затем повторяют прием диуретиков.

Рекомендуются пребывание на свежем воздухе, неутомительные прогулки. Необходимо тщательно следить за динамикой АД, содержанием белка в моче и изменением массы тела (все исследования проводят каждые 3—4 дня).

ВЫКИДЫШ. См. *Аборт*.

ВЫПАДЕНИЕ МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ ПЛОДА. Выпадение мелких частей плода (и пуповины) — нахождение их ниже крупной предлежащей части после отхождения вод. Практическое значение имеет выпадение ручки, наблюдающееся чаще всего при поперечном или косом положении плода, реже — при головном предлежании. Выпадение ручки происходит в тех случаях, когда имеется свободное пространство между головкой и тазом (маленькая головка при недонашивании или двойне, многоводие, плоский таз).

Лечение. Если выпадает ручка при поперечном положении, ее ни в коем случае не следует заправлять. Если есть условия для поворота, то при производстве его ручка сама втягивается внутрь. При запущенном поперечном положении, когда выполняют плодоразрушающую операцию, выпавшая ручка облегча-

ет проведение операции, так как потягиванием за ручку плод приближается книзу, а после декапитации ручка облегчает извлечение туловища плода.

Выпадение ручки при головном предлежании является опасным осложнением родов вследствие нарушения пространственного взаимоотношения между головкой и тазом. Самостоятельное родоразрешение может быть только при маленькой головке (недонашивание, многоплодие) или если выпала только кисть, а не вся ручка. Если выпадение ручки произошло при подвижной головке, можно попытаться осторожно сместить ее вверх и заправить ручку за головку. Если это не удается, то при достаточной подвижности плода, недавно отошедших водах и полном открытии шейки матки делают поворот плода на ножку с последующим извлечением. При отсутствии условий для поворота показано кесарево сечение. На роды, осложнившиеся выпадением ручки при головном предлежании, следует вызывать врача.

ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ наблюдается при поперечном и продольном положении плода, если предлежащая часть не заполняет входа в малый таз. Это бывает при узком тазе, разгибательных предлежаниях (головка долго не вставляется во вход таза), небольшой головке, тазовых предлежаниях. Многоводие также способствует выпадению пуповины, так как воды изливаются под большим давлением и увлекают за собой пуповину. Выпавшая петля пуповины сдавливается предлежащей частью и стенкой таза, кровообращение в сосудах пуповины нарушается, тотчас меняется сердцебиение плода.

При обнаружении выпадения пуповины надо (*очень осторожно!*) вне схватки установить, пульсирует ли пуповина. Отсутствие пульсации свидетельствует о наступившей гибели плода. Если пуповина выпала при подвижной головке и полном открытии зева при недавно отошедших водах, производят поворот на ножку с последующим извлечением. Если пуповина выпала при подвижной головке и неполном открытии зева, надо попытаться заправить петлю пуповины, а на головку наложить кожно-головные щипцы по Иванову или ввести метрейринтер. Если не удается заправить пуповину, иногда прибегают к кесареву сечению в интересах плода. Если головка при выпавшей пуповине опустилась в полость таза, то при живом плоде накладывают акушерские щипцы.

При поперечном положении и выпадении пуповины при полном открытии и подвижном плоде показан поворот на ножку с последующим извлечением; при неполном открытии следует ждать полного открытия, а затем произвести поворот на ножку с извлечением. Если пуповина выпадает при тазовом предлежании, что менее опасно, можно вести роды консервативно при тщательном наблюдении за сердцебиением плода. При возникновении асфиксии плода показано срочное родоразрешение. При полном открытии производят извлечение плода за тазовый конец. На роды, осложненные выпадением пуповины, следует вызывать врача, так как в большинстве случаев приходится выполнять акушерские операции.

ГИГИЕНА БЕРЕМЕННЫХ. При нормально протекающей беременности умеренный физический и умственный труд благоприятно действует на здоровье женщины. Чрезмерное утомление и работа, связанная с возможным вредным воздействием на организм беременной, противопоказаны.

В свободное от работы время беременная должна находиться на воздухе, совершая спокойные прогулки без резких движений и прыжков. Сон должен быть не менее 8 ч в сутки. Половая жизнь в течение первых 2—3 мес беременности должна быть ограничена (возможность наступления выкидыша, особенно при наличии предрасполагающих факторов), а в последние 2 мес беременности запрещается, так как способствует занесению инфекции в половые пути. Беременная не должна курить (никотин отрицательно воздействует на организм как матери, так и плода) и должна остерегаться контакта с инфекционными больными. Многие инфекционные болезни, особенно вирусные, приводят к заболеванию и даже внутриутробной гибели плода.

Уход за телом. Ежедневно следует обтирать тело водой комнатной температуры. Дважды в день надо подмывать наружные половые органы теплой водой с мылом (подмывание производят чистыми руками, движения подмывающей руки от лона к заднему проходу). Один раз в неделю беременная должна мыться под душем. Купание в ванне в последние месяцы беременности запрещается, так как загрязненная вода из ванны может попасть во влагалище. Спринцевания противопоказаны. Беременной необходимо иметь отдельную кровать. Особенно важно во время беременности следить за чистотой полости рта и состоянием зубов. Нужно чистить зубы утром и вечером, а после приема пищи полоскать рот теплой кипяченой водой. Обязательно бритье волос в подмышечных впадинах и ежедневное обмывание их теплой водой. Это необходимо для того, чтобы гриб, который может обитать в подмышечных впадинах, не попадал на область молочных желез (трещины, мацерация), а затем и к новорожденному (молочница).

Во время беременности следует подготовить молочные железы к будущему кормлению ребенка. Молочные железы ежедневно обмывают кипяченой водой комнатной температуры с последующим обтиранием полотенцем, сосок смазывают вазелином. Следует носить удобные лифчики, не сдавливающие молочные железы. На внутренней стороне лифчика соответственно проекции сосков рекомендуется пришить кружочки грубой холщовой материи; трение сосков об эту материю способствует огрубению кожи, что предохраняет соски от возникновения трещин. Если соски плоские или втянутые, их следует оттягивать. Для этого чисто вымытыми руками захватывают сосок II и I пальцами и оттягивают кнаружи 2—3 раза в день по 2—3 мин. Очень полезны ежедневные воздушные ванны для молочных желез по 10—12 мин; обнаженная до пояса беременная спокойно лежит на диване или постели.

Необходимо тщательно следить за правильной работой кишечника, регулируя его функцию диетой. Слабительных средств без специальных показаний назначать не следует. При запоре можно поставить клизму из чистой кипяченой теплой воды. При выявлении каких-либо признаков заболевания и осложнения беременную немедленно направляют к врачу. Особое внимание уделяют санации полости рта.

Одежда беременной должна быть удобной и свободной. Особенно вредно стеснение грудной клетки и живота во второй половине беременности. Надо носить свободные платья, юбки с бретельками. Круглые подвязки, тугие пояса противопоказаны. Во II половине беременности во избежание перерастяжения передней брюшной стенки надо носить бандаж, особенно повторнобеременным. Его надевают утром в горизонтальном положении и снимают только на ночь. Обувь должна быть на низком каблуке и не сдавливать ногу.

Большое значение имеют специальные физические упражнения, выполняемые под строгим медицинским контролем. Упражнения улучшают самочувствие беременной, укрепляют мышцы брюшной стенки, предупреждают образование полос растяжения кожи, улучшают обмен веществ. Особое внимание следует уделять технике дыхания. Быстрые и резкие движения противопоказаны. Физические упражнения проводят в утренние часы, летом — на свежем воздухе или перед открытым окном, зимой необходимо предварительно проветрить комнату. После упражнений принимают чуть теплый душ или делают обтирание, а затем насухо вытирают тело махровым полотенцем. Общая продолжительность занятий не должна превышать 10—15 мин.

Питание беременной (и кормящей матери). В первой половине беременности питание обычное. При тошноте лучше пищу принимать в охлажденном состоянии, лежа в постели, и только после этого вставать. Во II половине беременности назначают молочно-растительную пищу с ограничением мясных и рыбных блюд (до 2—3 раз в неделю). Рекомендуются молоко, кефир, простокваша, сметана, овощные блюда, каши. Полезны овощи и фрукты в сыром виде (витамины). Белки организм должен получать в виде творога, яиц, картофеля, хлеба, крупы. Запрещаются алкогольные напитки, перец, горчица, уксус, хрен и другие острые и пряные вещества, жидкость следует сократить до 4—5 стаканов в день (сюда входят супы, молоко, кефир и т. д.).

Во время беременности потребность в витаминах возрастает. Недостаток витаминов уменьшает сопротивляемость к инфекциям, снижает трудоспособность, в последующем у ребенка могут возникнуть рахит, болезни нервной системы и другие заболевания. Источником витамина А служат печень и почки животных, молоко, яйца, сливочное масло, рыбий жир, морковь, шпинат. Витамин B_1 содержится в черном хлебе, пивных дрожжах, зерновых и бобовых культурах; витамин B_2 — в печени, почках, мясе, яйцах, молочных продуктах; витамин РР — в дрожжах, мясе, печени, зернах пшеницы. Витамин С особенно необходим для нормального течения беременности. Много витамина С в овощах, ягодах, плодах, особенно в смородине, шиповнике, незрелых орехах. Зимой и весной следует дополнительно вводить витамин С беременным (драже, таблетки, порошки по 0,5—0,6 г в день). Витамина Е много в зародышевой части пшеницы, кукурузе, яйцах, печени, соевом масле. Витамин D предупреждает развитие рахита у внутриутробного плода. Витамином D богаты рыбий жир, мясо жирных рыб, печень, икра, сливочное масло. Беременные нуждаются в повышенном количестве калия, который содержится в молоке, кураге, инжире, изюме. Кальций тоже должен употребляться в повышенных количествах. Он содержится в твороге, сыре, яйцах, молоке. Питание беременной должно быть четырехразовым. Первый завтрак содержит 25—30 % пищевого рациона, второй — 10—15 %, обед — 40—50 % и ужин 15—20 %.

Родильнице в 1-ю неделю после родов рекомендуется легкоусвояемая пища. Во время кормления грудью питание должно быть полноценным, как и при беременности, с большим содержанием витаминов, без ограничения соли и жидкости, но с запрещением алкогольных напитков, острых и пряных блюд, не меньше 4 раз в день. Тучных женщин следует ограничить в приеме жиров, мучных и сладких блюд.

Во время беременности сестра или акушерка посещает беременную на дому, обучает ее уходу за собой, оказывает необходимую помощь по специальным правовым вопросам (в консультации работает кабинет социально-правовой помощи). Очень важно, чтобы консультация как можно раньше брала на учет беременных.

После выписки из родильного учреждения консультация продолжает наблюдение за родильницей. Сестра или акушерка посещает ее на дому, ведет наблюдение за тем, как она выполняет указания врача консультации, помогает в организации быта, ухода за ребенком, за правильным его кормлением. Работу консультации проводят по участковому принципу.

ГОНОБЛЕННОРЕЯ НОВОРОЖДЕННОГО. Профилактику гонобленнореи производят обязательно всем без исключения новорожденным сразу после рождения. Наружную поверхность век протирают кусочком стерильной ваты, нижнее веко ребенка оттягивают пальцем книзу, выворачивают слизистую оболочку века и на нее наносят пипеткой 1 каплю 2 % раствора нитрата серебра. После этого веко осторожно опускают. Этот раствор хранят в пузырьке из темного стекла с притертой пробкой. Раствор меняют каждый день. Прописи на этикетке должна быть отчетливой. Рядом должны находиться стерильные пипетки. Профилактику проводят и 30 % раствором сульфацила натрия, для чего по 1 капле капают в каждый глаз сразу и через 2 ч после рождения ребенка.

ДВОЙНЯ может быть однояйцевой и двуяйцевой. При однояйцевой двойне оплодотворенная яйцеклетка делится на два самостоятельных зародышевых зачатка, из ко-

торых развиваются близнецы. При двуяйцевой двойне происходит оплодотворение двух яйцеклеток. Одноя йцевые близнецы имеют самостоятельные водные оболочки, но плацента и хорион у них общие. Одноя йцевые близнецы всегда однополые. Двуяйцевые близнецы имеют отдельные плаценты, водные и ворсинчатые оболочки. Двуяйцевая двойня может быть разнополой. Распознавание см. *Беременность, диагностика.*

Во время беременности чаще наблюдаются токсикозы, особенно поздние, преждевременные роды. Роды могут протекать нормально, но возможны и осложнения. Нередко возникает слабость родовой деятельности из-за перерастянутой матки. После рождения первого плода может наступить преждевременная отслойка плаценты еще не родившегося близнеца. Редким, но тяжелым осложнением является сцепление близнецов (при этом роды возможны только при помощи операции).

В последовом и раннем послеродовом периоде часто возникают кровотечения вследствие гипотонии матки (см. *Кровотечения в родах и после родов*). В послеродовом периоде чаще возникают замедленное обратное развитие матки, метроэндометрит.

Ведение родов. При слабых схватках прибегают к стимуляции родовой деятельности (см. *Слабость родовой деятельности*). Если многоплодие сочетается с многоводием, показано раннее вскрытие плодного пузыря (при открытии на 2—3 пальца) для уменьшения чрезмерного перерастяжения матки. Воды следует эвакуировать медленно, под контролем руки, во избежание выпадения пуповины, мелких частей, преждевременной отслойки плаценты.

После рождения первого плода тщательно перевязывают не только плодовый, но и материнский конец пуповины. При одноя йцевой двойне еще не родившийся плод может погибнуть от кровопотери через пуповину первого плода, если она не перевязана. После рождения первого плода сразу выясняют положение второго плода и характер его сердцебиения. Если осложнений нет, ждут 30—40 мин, и при отсутствии родов вторым плодом вскрывают его плодный пузырь и предоставляют роды естественному течению. При поперечном положении второго плода сразу делают поворот на ножку и извлечение. Если возникает асфиксия плода или кровотечение, то при высоко стоящей головке делают поворот и извлечение; если головка в полости или выходе таза, накладывают акушерские щипцы.

В последовом периоде профилактически после выпускания мочи катетером вводят п/к 1 мл питуитрина (если давление повышено, назначают питуитрин М) или 1 мл 0,02 % раствора метилэргометрина. Внутримышечную инъекцию сокращающих матку средств можно заменить в/в введением окситоцина (1 мл в 500 мл 5 % раствора глюкозы) со скоростью 40—50 капель в минуту. При возникновении кровотечения сразу начинают борьбу с ним (см. *Кровотечения в родах и после родов*). Кровотечение возможно и в раннем послеродовом периоде, поэтому после удаления последа целесообразно назначение сокращающих средств, лед на низ живота.

ДЕРМАТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ — заболевания кожи, появляющиеся во время беременности и исчезающие после ее окончания.

Симптомы, течение. Зуд, иногда мучительный, высыпания в виде экземы, крапивницы, эритемы, герпеса. Дерматозы возникают в любой срок беременности, наблюдаются на отдельных частях тела (чаще в области наружных половых органов) или по всему телу. Диагностика не представляет трудностей. В каждом случае следует выявить связь дерматоза с беременностью. Во время беременности могут наблюдаться дерматозы, не связанные и не зависящие от беременности (см. *Заболевания кожи*).

Лечение. Назначают успокаивающие и регулирующие обмен средства (бромиды), противоаллергические (хлорид кальция, димедрол, супрастин или пипольфен по 0,025 г 1—2 таблетки в день), рациональное питание (ограничение белков и жиров) и правильный режим (покой, достаточный сон, пребывание на воздухе).

Rp.: Sol. Natrii bromidi 6,0 : 200,0
D. S. По 1 столовой ложке 4 раза в день

Rp.: Sol. Calcii chloridi 10 % 200,0
D. S. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Rp.: Tabul. Dimedroli 0,05 (0,03) № 10
D. S. По 1 таблетке 1—2 раза в день

ДОНОШЕННОСТЬ (ЗРЕЛОСТЬ) ПЛОДА (ОПРЕДЕЛЕНИЕ). О зрелости родившегося ребенка судят по совокупности ряда признаков.

1. Длина (рост) зрелого доношенного плода в среднем равна 50 см (колеблется от 48 до 57 см); масса 3200—3400 г (колеблется от 2600 до 5000 г и выше). Длина — величина более постоянная по сравнению с массой и точнее отражает степень зрелости плода. Новорожденные, имеющие длину меньше 45 см, учитываются как незрелые. Если длина новорожденного 45—47 см, то определение его зрелости или незрелости проводят на основании всех признаков, характерных для степени зрелости или незрелости. Заключение дают акушер и педиатр совместно. Если нет данных о росте, учитывают массу плода: новорожденный массой ниже 2500 г считается незрелым.

2. Другие признаки: грудь у зрелого плода выпуклая, пупочное кольцо находится на середине между лобком и мечевидным отростком; кожа бледно-розового цвета, подкожный жир хорошо развит, на коже остатки сыровидной смазки; пушок только на плечах и верхней части спинки; длина волос на головке не менее 2 см, ногти заходят за кончики пальцев. Ушные и носовые раковины упругие. У мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек малые половые губы и клитор прикрыты большими половыми губами. Движения зрелого новорожденного активны, крик громкий, глаза открыты, он хорошо берет грудь. Роды зрелым плодом считают родами в срок, а плод —

доношенным. Роды незрелым плодом считают преждевременными, а плод — недоношенным. Для определения зрелости у двойни надо руководствоваться признаками зрелости у более развитого плода и всей совокупностью признаков.

Выдачу справок о доношенности и недоношенности новорожденного производят только по требованию официальных органов. При выдаче справок указывают на зрелость или незрелость плода и предполагаемый срок (продолжительность) беременности.

ЖЕЛТУХА БЕРЕМЕННЫХ И ОСТРАЯ ЖЕЛТАЯ ДИСТРОФИЯ ПЕЧЕНИ. Желтуха во время беременности может быть своеобразным токсикозом беременности, обусловленным нарушением функции печени.

Симптомы, течение. Появляется желтушное окрашивание склер и кожи, сопровождающееся зудом. Температура тела нормальная или субфебрильная. Желтуха обычно исчезает после родов. Нередки преждевременные роды и мертворождения. Очень редко наблюдается переход в острую желтую дистрофию печени. Последней, кроме желтухи, предшествует длительная упорная рвота, общая интоксикация организма; в дальнейшем желтуха становится очень интенсивной, появляются бред и затемнение сознания, возбужденное состояние, кровоизлияние под кожу. Печеночная тупость уменьшается. Смерть может наступить в течение нескольких дней.

При возникновении желтухи беременную следует немедленно направить в стационар, где проводят дифференциальную диагностику с желтухой как самостоятельным токсикозом, болезнью Боткина, с тяжелой рвотой беременных или эклампсией. Должны быть исключены заболевания печени и желчных путей, не связанные с беременностью.

Лечение. Назначают 5 % раствор глюкозы п/к, в/в вливание 60 — 100 мл 40 % раствора глюкозы 2 — 3 раза в день с одновременным введением инсулина по 10 — 15 ЕД. Диета бессолевая, пища растительная. Если желтуха не поддается лечению, беременность необходимо прервать. При болезни Боткина и заболеваниях печени и желчных путей лечение проводят, как при гепатитах (см. *Гепатит*).

ЗАДЕРЖКА ЛОХИЙ (ЛОХИОМЕТРА). В послеродовом периоде задержка выделений может наблюдаться при затруднении оттока лохий механического порядка (перегиб матки), при метроэндометрите, при понижении сократительной способности матки.

Симптомы, течение. Самочувствие родильницы ухудшается. Выделения отсутствуют или очень незначительные, температура повышается. Матка больше по размерам, чем полагается на соответствующий день послеродового периода.

Лечение. Назначают средства, усиливающие сокращения мускулатуры матки: 1 мл питуитрина 1 раз в день, 1 мл прегнантола 1 раз в день. Лед на низ живота. Рекомендуется положение родильницы на животе (2 — 3 раза в сутки по 1 — 2 ч). Если после опорожнения матки температура не снижается при замедленном обратном развитии матки и болезненности ее, надо исключить послеродовую инфекцию (метроэндометрит), а при наличии ее проводить соответствующее лечение [см. *Послеродовые (послеабортные) инфекционные заболевания*].

ЗАДЕРЖКА ПЛАЦЕНТЫ ИЛИ ЕЕ ЧАСТИ. Плацента обычно выделяется в течение первого часа после родов, чаще через 15 — 30 мин. Если же она не выделяется из матки в течение 2 ч и больше, говорят о ее задержке. Причиной задержки плаценты могут служить плохое сокращение матки, неправильное ведение последового периода (массаж передней брюшной стенки и матки), расположение плаценты в одном из трубных углов, приращение плаценты (ложное и истинное). При ложном приращении ворсины внедряются в слизистую оболочку глубже, чем обычно, но не доходят до мышечной оболочки. При истинном приращении плаценты ворсины прорастают в мышечную оболочку матки.

Симптомы, течение. Основным симптомом является кровотечение. При истинном приращении плаценты кровянистые выделения отсутствуют.

Лечение. При наличии признаков отделения плаценты женщину просят потужиться. Если не помогают потуги, применяют последовательно приемы Абуладзе, Гентера и Креде (см. *Послеродовой период*). Если признаки отделения плаценты отсутствуют в течение 30 мин после родов, начинают вводить сокращающие матку средства: 1 мл (5 ЕД) окситоцина капельно в/в в 500 мл 5 % раствора глюкозы со скоростью 40 — 50 капель в минуту; дробные дозы питуитрина (по 0,5 мл через 15 мин 4 раза). При отсутствии в течение часа или начавшемся кровотечении следует произвести ручное отделение плаценты (см. *Кровотечения после родов. Атоническое и гипотонические кровотечения*). При истинном приращении плаценты, что определяется при попытке отделить плаценту при введении руки в полость матки, показано удаление матки.

ЗАНОС ПУЗЫРНЫЙ — заболевание плодного яйца, при котором ворсины хориона превращаются в пузырьки, заполненные светлой жидкостью. Пузырьки имеют различную величину — от просяного зерна до вишни. Пузырный занос бывает полным и частичным: полный — характеризуется перерождением ворсин по всей периферии плодного яйца, при частичном (возникает в более поздние сроки беременности) в пузырьки превращается только часть ворсин. При полном пузырном заносе плод погибает всегда, при частичном — чаще также погибает. Лишь в случаях перерождения очень небольшого участка плаценты плод остается живым.

Симптомы, течение. При пузырном заносе имеется несоответствие между сроком беременности и величиной матки, хотя этот признак встречается не всегда. Матка обычно значительно больше по размерам, чем это соответствует сроку задержки менструации (при 8 — 9-недельной беременности матка при пузырном заносе имеет величину 14 — 16-недельной беременности). Матка иногда тугоэласти-

ческой консистенции, иногда — мягкая, тестоватая. Достоверные признаки беременности отсутствуют. Кровотечение из матки различной интенсивности — важный симптом. Иногда с кровью выделяются пузырьки заноса (абсолютный признак заболевания). Характерен выраженный токсикоз беременности (рвота, отеки). Часто пузырный занос рождается самостоятельно на V — VI месяце, иногда задерживается до X месяца беременности. При деструирующей форме пузырного заноса (пузырьки его, прорастая мышечную оболочку матки, проникают в брюшную полость) возможны обильнейшие кровотечения. Диагноз ставят на основании вышеперечисленных признаков. Дополнительным методом служат положительная реакция Ашгейма — Цондека, иммунологическая реакция.

Лечение. Беременных с пузырным заносом следует срочно госпитализировать. При отсутствии сильного кровотечения с целью ускорения и изгнания пузырного заноса назначают сокращающие матку средства (хинин по 0,15 г 3—4 раза, питуитрин по 1 мл, окситоцин по 1 мл). При сильном кровотечении и открытии зева на 2—3 пальца производят пальцевое удаление пузырного заноса. При сильном кровотечении и закрытом зеве канал шейки матки расширяют расширителями Хегара, а затем пальцем удаляют пузырный занос. Выскабливание матки опасно из-за возможности легкого прободения истонченной стенки матки. Только при очень сильном кровотечении и невозможности ввести палец в матку можно очень осторожно тупой кюреткой удалить пузырный занос. После самостоятельного рождения пузырного заноса, когда матка сократится, можно тупой кюреткой удалить задержавшиеся пузырьки. Наиболее эффективен метод вакуум-аспирации содержимого матки. Эта операция исключает опасность перфорации матки и дальнейшего распространения заноса по сосудам.

После пузырного заноса женщина должна в течение $1\ ^1/_2$—2 лет находиться под наблюдением онкологического диспансера в связи с тем, что после пузырного заноса может развиться хорионэпителиома; первый год ежемесячно, второй год — через каждые 3 мес таких женщин осматривают и делают реакцию Ашгейма — Цондека. Если реакция окажется положительной с разведенной мочой, больную немедленно госпитализируют для уточнения диагноза.

ЗАНОС КРОВЯНОЙ. См. *Аборт.*

ЗАНОС МЯСИСТЫЙ. См. *Аборт.*

ЗАЩИТА ПРОМЕЖНОСТИ В РОДАХ. Методика выведения головки и туловища плода в родах носит название «защита промежности». Головка должна продвигаться медленно и постепенно, что способствует растяжению тканей промежности. Головка должна прорезываться наименьшим размером, при этом меньше растягивается промежность.

Необходимо сдерживать чрезмерно быстрое продвижение головки. Для этого три пальца правой руки кладут на головку и мешают быстрому продвижению и разгибанию ее. При сильных потугах помогают левой рукой, для чего кисть левой руки кладут на лобок, ладонью или большим и указательными пальцами левой руки осторожно надавливают на головку, сгибая ее в сторону промежности. В паузах между потугами производят «заем тканей», для чего ткань клитора и малых половых губ спускают с рождающегося затылка. Менее растянутые ткани переднего отдела вульварного кольца сводят кзади, чем устраняется избыточное растяжение промежности.

При выведении головки, когда область подзатылочной ямки подходит под нижний край симфиза, роженице запрещают тужиться (роженица дышит ртом, руки лежат на груди). После рождения затылочного бугра освобождают теменные бугры, головку захватывают всей левой рукой и осторожно разгибают. Во время разгибания правой рукой сводят с головки ткани промежности. После рождения головки освобождают плечевой пояс, после этого туловище родится без затруднения. Для прорезывания плечевого пояса оказывают следующую помощь: переднее плечико прижимают к лонной дуге и осторожно сводят промежность с заднего плечика. Если самостоятельно плечики не рождаются, головку захватывают так, чтобы ладони акушерки легли на область ушей (не касаясь шеи плода), затем головку оттягивают книзу, пока переднее плечико не подойдет под лонную дугу. После выведения переднего плечика головку приподнимают кверху, и над промежностью выкатывается заднее плечико. После рождения плода перевязывают пуповину (см. *Туалет новорожденного*), обрабатывают глаза новорожденного (см. *Профилактика бленнореи глаз новорожденного*) и относят ребенка на пеленальный столик.

ЗАПОЗДАЛЫЕ РОДЫ Роды при перенашивании беременности (отсутствие родовой деятельности после истечения предполагаемого срока родов на 14 дней). Перенашивание во время родов устанавливают на основании срока родов по дате последней менструации, первого шевеления плода, первой явке в женскую консультацию и объективным данным — плотная головка, возможно маловодие, крупные размеры плода (более высокое стояние матки, усиление движений плода). Подтверждается диагноз перенашивания после родов: кости черепа новорожденного плотные, швы и роднички узкие, ногти выступают за ногтевые фаланги, кожа несколько суховата, мацерирована, сыровидная смазка отсутствует, в плаценте участки петрификации. При запоздалых родах имеется опасность асфиксии плода и родовой травмы и осложнение родов (слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, гипотоническое кровотечение в родах).

Ведение родов. В первом периоде для профилактики слабости родовой деятельности вводят эстрогено — глюкозо — витамино — кальциевый комплекс (в/м вводят 20 000 ЕД фолликулина или синэстрола, в/в 20 мл 30 % раствора глюкозы, 1 мл 6 % раствора витамина B_1, 5 мл 5 % раствора витамина С и 10 мл 10 % раствора хлорида кальция). Если слабость родовой деятельности

прогрессирует, необходима стимуляция ее (см. *Слабость родовой деятельности*). Нужно систематически проводить профилактику гипоксии плода (см. *Асфиксия плода*). Если в I периоде родов выявляются признаки гипоксии плода, особенно у пожилой первородящей, узком тазе, упорной слабости родовой деятельности, показано кесарево сечение. Во II периоде родов необходимо особенно следить за состоянием плода, а в III периоде — проводить профилактику гипотонического кровотечения.

ЗУД БЕРЕМЕННЫХ. См. *Дерматоз беременных.*

ИШУРИЯ (ЗАДЕРЖКА МОЧИ) ПОСЛЕРОДОВАЯ возникает в результате травмы мочевого пузыря головкой плода во время прохождения через полость таза, гипотонического состояния органов малого таза, сдавления и раздражения гипогастральных нервов, вследствие чего наступает длительный спазм сфинктера мочевого пузыря.

Симптомы, течение. После родов родильница испытывает резкие позывы на мочеиспускание и невозможность самостоятельно опорожнить мочевой пузырь. Позывы сопровождаются болями внизу живота. Иногда при атонии детрузора мочевой пузырь содержит до 1 л, а позывы к мочеиспусканию отсутствуют. Распознавание проводят на основании указанных признаков.

Лечение. При отсутствии противопоказаний можно разрешить родильнице присесть на подкладное судно. Если мочеиспускание все же не произошло, родильницу кладут на подогретое судно, раздвигают согнутые в коленях ноги, акушерка раздвигает большие половые губы и поливает из кувшина на область наружного отверстия мочеиспускательного канала струей теплой воды. Иногда помогает мочеиспусканию тепло (грелка на область мочевого пузыря). При отсутствии эффекта назначают инъекции сульфата магния по 3—5 мл 25 % раствора в/м, питуитрина по 0,5 мл 1—2 раза в день. И наконец, прибегают к катетеризации мочевого пузыря, которую производят с соблюдением всех правил асептики и антисептики. После катетеризации назначают отвар толокнянки (10 г на 200 мл воды) по 1 столовой ложке 4—5 раз в день.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. КРОВОТЕЧЕНИЯ В I ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ. См. *Аборт. Беременность внематочная. Занос пузырный.*

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО II ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ. См. *Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты Пуповины обвитие. Оболочечное прикрепление. Разрыв матки.*

КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ И ПОСЛЕ РОДОВ. Атонические и гипотонические кровотечения. Понижение тонуса и сократительной способности матки [атония или (правильнее) гипотония матки] может вызывать кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде

Кровотечение в последовом периоде. Гипотоническое состояние матки может наступить при перерастяжении матки в связи с многоводием, многоплодием крупным плодом, переполнением мочевого пузыря, недоразвитием матки вследствие инфантилизма. Понижение сократительной способности матки вызывают и изменения в самой стенке матки (миомы, последствия воспалительных процессов, частые аборты). Очень часто причиной кровотечений служит неправильное ведение последового периода: разминание и массаж брюшной стенки и матки, потягивание за пуповину до отделения плаценты.

Симптомы, течение. Кровотечение возникает вскоре после рождения плода. Очень быстро родильница может потерять 600—1000 мл крови и больше. Кровотечение, как правило, бывает наружным. Значительно реже кровь скапливается в полости матки, и тогда о кровотечении свидетельствуют признаки острой анемии и увеличенные размеры матки. Кожа и видимые слизистые оболочки родильницы бледные, АД низкое, пульс частый, головокружение, звон в ушах, «потемнение» в глазах. Степень реакции женщины зависит не только от количества теряемой крови, но и от индивидуальных особенностей организма. Особенно плохо переносят кровопотерю женщины, страдающие до родов анемией, пониженным АД, нефропатией.

Лечение преследует две цели: опорожнить матку и вызвать ее хорошее сокращение.

До удаления плаценты из матки следует решить вопрос, отделена ли плацента (см. *Роды*). Если плацента отделена, ее удаляют наружными приемами: по методу Абуладзе, Гентера или Креде (см. *Роды*). Если плацента не отделена, применяют ручное пособие.

Ручное отделение и выделение последа. Операцию производят при соблюдении условий асептики и антисептики и под общим обезболиванием. Левой рукой разводят половую щель, а правую кисть, сложенную щепотью, вводят во влагалище, а затем в матку. Когда правая рука входит в матку, левую кладут на дно матки. Чтобы найти край плаценты, руку следует продвигать по пуповине, до места ее прикрепления, а потом уже легко найти край плаценты. Далее кисть руки располагают между плацентой и стенкой матки и пилящими движениями отделяют всю плаценту. Когда плацента отделена, потягиванием левой рукой за пуповину ее удаляют из матки. Правую руку из матки не выводят и после удаления еще раз проверяют внутреннюю поверхность матки, не остались ли там частицы плаценты. После удаления плаценты вводят сокращающие мускулатуру матки средства (1 мл питуитрина, 1 мл окситоцина), кладут лед на низ живота. Если кровопотеря большая, переливают кровь или кровезаменители.

Одним из основных методов профилактики кровотечений в последовом периоде является правильное его ведение (см. *Роды*). Если у женщины ждут плохого сокращения матки (при наличии одной из причин, указанных выше), для предупреждения кровотечения необходимо: 1) ввести сокращающие матку средства в момент прорезывания головки или рождения переднего плечика [в/в 1 мл метилэргометрина вместе с 20 мл 40 % раствора глюкозы, 0,5 мл (2.5 ЕД) окситоцина в 500 мл

5 % раствора глюкозы капельно]. Внутривенное введение можно заменить в/м 1 мл окситоцина, маммофизина или метилэргометрина; 2) опорожнить мочевой пузырь с помощью катетера сразу после рождения плода; 3) тяжесть на низ живота.

Кровотечение в раннем послеродовом периоде зависит от тех же причин, что и кровотечение в последовом периоде; плохое сокращение матки обусловлено и задержкой части плаценты. Иногда кровотечение в этом периоде связано с нарушением механизма свертывания крови — гипо- и афибриногенемией.

Симптомы, течение. Кровотечение, начавшись в последовом периоде, продолжается и после рождения последа. Матка плохо сокращена, увеличена в размерах. Иногда кровотечение происходит небольшими порциями. Матка то сокращается, то расслабляется. Кровопотеря небольшими порциями очень коварна, так как необходимые меры иногда предпринимаются слишком поздно.

При гипо- и афибриногенемии матка обычно в тонусе (если одновременно нет гипотонии), кровотечение без сгустков. В дальнейшем возникают кровоизлияния на месте инъекций. Для диагностики подобного состояния во время кровотечения можно использовать пробу с растворением сгустка. Необходимо взять у здоровой роженицы 2 мл крови из вены в пробирку. Через 2—3 мин она свертывается. В другую пробирку берут столько же крови из вены больной (кровь не свертывается). Если вылить эту кровь в первую пробирку, то образовавшийся в ней сгусток начинает растворяться.

В связи с тем что в раннем послеродовом периоде кровотечение может зависеть от разрыва мягких родовых путей, очень важной для диагноза является степень сокращения матки. При гипотонии матка сокращена плохо, при разрывах шейки и промежности матка плотная. Кроме того, введение сокращающих матку средств не прекращает и не уменьшает кровопотерю. Обследование половых органов должно исключить разрывы матки, влагалища, промежности.

Лечение. При возникновении кровотечения нужно срочно вызывать врача. До его прихода акушерка сама начинает борьбу с кровотечением и нарастающей анемией.

Борьба с кровотечением. При обнаружении дефекта в плаценте или при сомнении в ее целости необходимо произвести ручное обследование матки. Рукой, введенной в матку, ощупывают внутреннюю поверхность матки с целью обнаружить и удалить задержавшиеся части плаценты. Если нет сомнения в целости плаценты, борьбу проводят в следующей последовательности:

1) опорожнение мочевого пузыря;

2) наружный массаж матки с одновременным введением п/к 1 мл питуитрина или 1 мл прегнантола, на низ живота после массажа кладут пузырь со льдом;

3) если кровотечение не останавливается, производят наружновнутренний массаж матки («массаж на кулаке»). При введении руки в матку удаляют сгустки, частицы оболочек и плаценты (если они оказались в матке). Затем сжимают внутреннюю руку в кулак и наружной рукой массируют дно матки через брюшную стенку;

4) если двуручный массаж не дает эффекта, можно в/в (*медленно!*) ввести питуитрин или окситоцин с глюкозой (1 мл в 100 мл 5 % глюкозы);

5) если все вышеуказанные мероприятия не дают результата, надо произвести чревосечение и удалить матку или перевязать маточные сосуды.

Как временное мероприятие (при транспортировке родильницы) следует затампонировать матку широким марлевым бинтом. Поскольку при тампонаде матки возможно ее инфицирование, надо тщательно соблюдать правила асептики и антисептики. Во влагалище вводят широкие зеркала, шейку захватывают пулевыми щипцами и подтягивают ко входу во влагалище. При помощи длинного изогнутого корнцанга полость матки туго тампонируют длинными марлевыми бинтами. Затем также туго тампонируют влагалище.

Борьбу с анемией проводят одновременно с остановкой кровотечения. Опускают головной конец кровати, больную обкладывают грелками (обязательно под затылок), внутрь дают крепкий сладкий чай со спиртом, п/к вводят 1 мл кофеина, 2 мл камфоры, до 100 мл изотонического раствора хлорида натрия с добавлением 5—8 капель 0,1 % раствора адреналина. Особо важное значение имеет переливание крови. Если после переливания 750 мл крови АД и пульс не выравниваются, следует переходить на внутриартериальное нагнетание крови с последующим ее в/в переливанием (или кровезаменителей). После установления стойкого АД и пульса не следует перекладывать больную с места на место, так как даже малейшие движения могут способствовать повторению коллаптоидного состояния.

Если кровотечение зависит от нарушений в свертывающей системе крови, наиболее рациональными являются в/в введение фибриногена (3—12 г), растворенного в 5 % растворе глюкозы (основной метод), переливание свежей, «теплой», крови (500—700 мл и даже больше в зависимости от количества потерянной крови), введение сухой плазмы, растворенной в изотоническом растворе хлорида натрия или дистиллированной воде, в количестве 4—5 флаконов, т. е. до 1 л. Можно вводить в/в капельно 50—100 мл 6 % раствора аминокапроновой кислоты, в/в капельно 10—20 мл 1 % раствора протамина сульфата.

Профилактика сводится к правильному ведению последового периода, тщательному осмотру плаценты. При наличии в анамнезе причин, способствующих возникновению гипотонии, необходимо приготовить все для остановки кровотечения и борьбы с анемией.

Поздние послеродовые кровотечения возникают спустя сутки после родов, а иногда и позже. Наиболее частой причиной служит задержка части плаценты, реже — задержка оболочек и инфекция.

Симптомы, течение разнообразны — кровотечение, плохое сокращение матки,

зияние зева, иногда повышенная температура. Если кровотечение обусловлено задержкой части плаценты, производят выскабливание послеродовой матки (только врач). При инфекции и отсутствии угрожающего жизни кровотечения надо прежде всего ликвидировать ее, а затем уже выполнять выскабливание. При угрожающем кровотечении выскабливание производят немедленно.

МАСТИТ ПОСЛЕРОДОВОЙ (ЛАКТАЦИОННЫЙ) вызывается гноеродными микробами (чаще стафилококком), которые заносятся загрязненными руками, бельем или капельным путем. Реже инфекция возникает эндогенно. Способствуют развитию мастита трещины сосков, неправильное сцеживание и застой молока.

Симптомы, лечение. Выделяют начальную стадию (серозное воспаление), стадию инфильтрации и стадию нагноения (гнойный мастит). Мастит часто начинается с внезапного повышения температуры до 39 °С и выше, иногда с ознобом. Появляется боль в молочной железе, недомогание, головная боль, нарушается сон, понижается аппетит. Молочная железа увеличивается в размерах, в глубине ее пальпируется болезненный, уплотненный участок, кожа над ним иногда краснеет. Подмышечные лимфатические узлы на стороне поражения обычно увеличены и болезненны.

При неблагоприятных условиях процесс прогрессирует и воспалительный инфильтрат нагнаивается (гнойный мастит). Общее состояние ухудшается, температура высокая, ремиттирующая, часто сопровождается ознобом. Боль в молочной железе усиливается, появляется участок зыбления, кожа над ним багрово-синюшного цвета. Наиболее частая форма гнойного мастита — абсцедирующая. Абсцессы могут быть поверхностными, располагаться в толще молочной железы и позади молочной железы.

Лечение следует начинать при первых признаках заболевания. Назначают антибиотики (эритромицин, олеандомицин, олететрин, сигмамицин), согревающие компрессы на молочную железу (мазь Вишневского или камфорное масло). Обязательно надо ввести стафилококковый анатоксин. При нагноении показано хирургическое вмешательство.

В начальной стадии заболевания лучше прекратить кормление на 1—2 дня, а затем ограничить число кормлений до 1—2 в сутки. Если ребенок не берет грудь, следует бережно сцеживать молоко. При гнойном мастите и тяжелом течении, а также при обширном нагноении надо прекратить кормление больной грудью, а иногда и подавить лактацию (этот вопрос решает врач).

НЕФРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ — один из этапов позднего токсикоза беременности (водянка, нефропатия, преэклампсия, эклампсия).

Симптомы, течение. Характерна триада симптомов: отек, белок в моче (альбуминурия), повышенное АД. При наличии хотя бы двух симптомов может быть поставлен диагноз нефропатии. Обычно нефропатии предшествует водянка беременных. Систолическое АД может повышаться до 200 мм рт. ст. (26,7 кПа), альбуминурия колеблется от 0,1 до 5—9 $^0/_{00}$ (г/л) и выше. При тяжелой нефропатии мочи выделяется мало, в ней обнаруживают цилиндры. Самочувствие ухудшается, беспокоят головная боль, бессонница.

Лечение проводят в стационаре. Постельный режим, строгая диета с ограничением жидкости (3 стакана) и соли (3—5 г). Белки дают в виде отварного мяса (2—3 раза в неделю), творога, рыбы. При выраженных отеках назначают разгрузочные дни. Показаны седативные препараты (настой пустырника, препараты валерианы и др.), поливитамины. Медикаментозная терапия: в/м 20 мл 25 % раствора сульфата магния с 5 мл 0,5 % раствора новокаина через 4—6 ч. После 12-часового перерыва повторяют введение сульфата магния 2—3 раза в сутки. Хороший эффект получают и при применении внутрь аминазина по 25 мг 2 раза в сутки или в/м по 1 мл 2,5 % раствора с 1 мл 0,25 % раствора новокаина 2—4 раза в сутки. Аминазин противопоказан при заболевании печени, почек, кроветворных органов. Лечение аминазином можно сочетать с магнезиальной терапией и другими гипотензивными средствами. Назначают по 2 мл 2 % раствора дибазола 2—3 раза в день в/м или внутрь по 0,05 г 3 раза в день; но-шпу по 2 мл 2 % раствора 2 раза в день в/м или внутрь по 0,04 г 2—3 раза в день; по 2 мл 2 % папаверина 2—3 раза в день или внутрь по 0,05 г 3 раза в день; резерпин внутрь по 0,25 мг 2 раза в день. Диуретики, аскорбиновую кислоту, рутин дают в такой же дозе, как при водянке беременных. С целью профилактики гипотрофии плода вводят комплекс витаминов (витамин Е по 1 мл в день, витамин B_{12} по 100—200 мкг в/м через день, фолиевая кислота по 0,02 г 2 раза внутрь в день).

У большинства беременных стационарное лечение приводит к исчезновению или уменьшению симптомов. Как правило, после родов нефропатия исчезает. Однако иногда при тяжелых формах нефропатии лечение может быть безуспешным и течение болезни ухудшается. При таких формах наблюдаются стойкие поражения почек, возникновение истинной гипертонической болезни. Поэтому если у больных с тяжелой нефропатией в течение 3—4 дней не наступает улучшения, показано родоразрешение. При менее тяжелых формах нефропатии лечение продолжают в течение 3 нед, а при отсутствии эффекта необходимо родоразрешение.

Профилактика. Правильный режим и питание во время беременности (см. *Гигиена беременных*), интенсивная терапия начальных форм токсикозов беременности.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ. Психопрофилактическая подготовка родов основана на уменьшении болей путем воздействия на ЦНС. Она снимает психогенный компонент родовой боли, устраняет представление о неизбежности родовой боли, снимает страх перед родами и способствует возникновению представления о родах как о физиологическом процессе, при котором боль необязательна.

Психопрофилактическая подготовка к родам представляет собой систему мероприятий, проводимых с самого начала беременности, особенно за 4 нед до родов и во время родов. Во время беременности, познакомившись с анамнезом, выявляют отношение женщины к беременности, наличие страха и опасений, обстановку дома для будущего ребенка. Следует стремиться устранить страх перед родами, вселить уверенность в безболезненность родов, устранить отрицательные моменты в жизни беременной, возможно социально-правовой помощью, создать обстановку радостного ожидания материнства. С 35—36-й недели беременности проводят специальные занятия, во время которых беременную знакомят с течением родов и обучают правильному поведению во время родов и приемам, способствующим обезболиванию родов.

На *первом занятии* сообщают краткие сведения об анатомическом строении женских половых органов, об изменениях в организме, связанных с беременностью. Роды освещают как нормальный физиологический акт. Знакомят с тремя периодами родов. Рассказывают об ощущениях рожающей женщины в I периоде, дают понятие о схватках. Подчеркивают физиологический характер изменений, обусловленных раскрытием шейки, объясняют механизм раскрытия матки, роль плодного пузыря и околоплодных вод в процессе родов, неизбежность затраты физических сил в родах, поэтому женщине в этот период родов необходимы спокойное положение, регулярное питание, выполнение указаний медицинского персонала.

На *втором занятии* рассказывают о поведении роженицы в I периоде родов, что способствует правильному течению родов и снижению болевых ощущений. В I периоде родов необходимо: 1) спокойно лежать; 2) во время схваток глубоко и ритмично дышать; 3) сочетать вдох и выдох с легким поглаживанием нижней половины живота концами пальцев рук, проводимым от средней линии живота над лоном кнаружи и вверх к дну матки; 4) поглаживать кожу в крестцово-поясничной области в сочетании с дыханием; 5) прижимать кожу к внутренней поверхности гребешка подвздошной кости у обеих передневерхних остей и у наружных углов пояснично-крестцового ромба; 6) считать схватки; 7) в паузе между схватками отдыхать и по возможности дремать. Должна быть усвоена последовательность приемов.

В конце занятия беременным указывают на причины, которые могут усилить болезненные реакции при родах (страх, беспокойное поведение, переполненный мочевой пузырь), и подчеркивают, что они устранимы при правильном поведении роженицы.

На *третьем занятии* беременных знакомят с течением родов и характером ощущений во II и III периодах. Показывают правильное положение роженицы в начале и в конце периода изгнания. Беременных обучают задерживать дыхание при потугах, так как необходимо мышечное напряжение. Подчеркивают, что задержку дыхания с мышечным напряжением следует повторять 2—3 раза в течение каждой схватки-потуги. Обучают правильному дыханию и расслаблению всех мышц для уменьшения силы потуги в момент выведения головки. Знакомят с течением последового периода, продолжительностью и характером схваток при нем.

На *четвертом занятии* кратко повторяют все пройденное и проверяют степень усвоения беременной указанных приемов.

Если при предыдущих посещениях консультации психопрофилактическая подготовка не проводилась в должной мере и она впервые осуществляется с 35 — 36-й недели, четырех занятий недостаточно. Требуется пять или шесть занятий. Рекомендуют беременным для лучшего усвоения повторять дома то, что было пройдено в консультации.

Беременную знакомят с порядком и обстановкой в родильном доме и ставят в известность об обязательных и возможных манипуляциях во время родов (наружное и внутреннее исследование, вливание глюкозы, вдыхание кислорода и т. д.).

При патронажном посещении беременных акушерка вновь закрепляет в сознании женщины полученное представление о течении родов и правилах поведения во время родов. Психопрофилактическая подготовка должна подкрепляться и в родильном доме путем создания спокойной обстановки и приветливого отношения к роженице. После окончания родов оценивают эффективность подготовки. При этом учитывают поведение женщины во время родов и отзыв женщины о ее ощущениях. Затем выводят оценку эффекта подготовки: «полный эффект», «частичный эффект» и «отсутствие эффекта».

Медикаментозные методы обезболивания родов применяют при отсутствии эффекта от психопрофилактической подготовки, а также женщинам, не прошедшим ее.

Обезболивающие средства должны отвечать определенным требованиям: оказывать болеутоляющий эффект, не оказывая вредного воздействия на мать и плод, не ослаблять родовой деятельности.

Обезболивание проводят при нормальном течении родов, при открытии зева на 2—3 пальца.

Методы обезболивания для врачебных стационаров и колхозных родильных домов, обслуживаемых акушерками, различны.

В условиях родильных домов, не имеющих дежурного врача (колхозные родильные дома), в период раскрытия следует применять свечи следующего состава: Extractum Belladonnae 0,015 г, Omnoponum 0,02 г, Antipyrinum 0,5 г, Butirum Cacao 0,5 г. Антипирин может быть заменен в той же дозировке фенацетином или амидопирином. Свечу вводят рукой в перчатке в прямую кишку за сфинктер. Применяют не более 2 раз с промежутком не менее 2 ч.

В период изгнания дают ликер (на один прием): Papaverinum hydrochloridum 0,02 г, Extractum Belladonnae 0,02 г, Spiritus aethylicus 15 мл, Sirupus simplex 20 мл. Можно дать ликер следующего состава: Antipyrinum

0,5 г, Spiritus aethylicus 15 мл, Sirupus simplex 15 мл.

В период изгнания можно использовать ментоловый карандаш: ментола 20 %, парафина 80 %. Карандаш втирают в течение 3 мин в кожу нижней части живота и в область надкрестцовой ямки (ромб Михаэлиса). С успехом применяют промедол, апрофен.

Промедол оказывает болеутоляющее и спазмолитическое действие, ускоряет раскрытие шейки. Действие промедола начинается через 10—20 мин и продолжается 2—4 ч (1 мл 2 % раствора или 2 мл 1 % раствора). Иногда комбинируют с текодином (0,5 мл 1 % раствора текодина и 2 мл 1 % раствора промедола). Применяют также изопромедол (п/к 1 мл 2 % раствора при открытии зева не менее чем на 1 $^1/_2$ пальца).

Апрофен вводят п/к или в/м по 1 мл 1 % раствора. Апрофен оказывает сильное спазмолитическое и болеутоляющее действие.

Эффект медикаментозного обезболивания родов также учитывают («полный», «частичный» и «отсутствие эффекта»), о чем делают соответствующую запись в истории родов.

Средства обезболивания находятся в отдельном шкафу под замком, ключ от которого хранится у акушерки.

Отек беременных. См. *Водянка беременных.*

Отпуск по беременности и родам. Беременным женщинам (рабочим, служащим и колхозницам) предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью 112 дней (56 дней до родов и 56 дней после родов). В случае патологических родов или рождения 2 детей и более отпуск после родов дают на 70 дней.

К патологическим родам относятся: а) роды, которые сопровождаются или которым непосредственно предшествовали нефропатия, преэклампсия и эклампсия; б) роды,

Таблица 6

Календарь для определения сроков дородового и послеродового отпуска

Первый день последней менструации	Отпуск до родов, 56 дней	Роды	Отпуск после родов	
			56 дней	70 дней
			приступить к работе	
			с	с
05.01	17.08	12.10	06.12	20.12
15.01	27.08	22.10	16.12	30.12
25.01	06.09	01.11	26.12	10.01
05.02	17.09	12.11	06.01	20.01
15.02	27.09	22.11	16.01	30.01
25.02	07.10	02.12	26.01	09.02
05.03	15.10	10.12	04.02	18.02
15.03	25.10	20.12	14.02	28.02
25.03	04.11	30.12	24.02	10.03
05.04	14.11	10.01	07.03	21.03
15.04	24.11	20.01	17.03	31.03
25.04	04.12	30.01	26.03	09.04
05.05	14.12	09.02	06.04	20.04
15.05	24.12	19.02	16.04	30.04
25.05	04.01	01.03	26.04	03.05
05.06	15.01	12.03	07.05	21.05
15.06	25.01	22.03	17.05	31.05
25.06	04.02	01.04	27.05	10.06
05.07	14.02	11.04	06.06	20.06
15.07	24.02	22.04	16.06	30.06
25.07	06.03	01.05	26.06	10,07
05.08	17.03	12.05	07.07	21.07
15.08	27.03	22.05	17.07	31.07
25.08	06.04	01.06	27.07	10.08
05.09	17.04	12.06	07.08	21.08
15.09	27.04	22.06	17.08	31.08
25.09	07.05	02.07	27.08	10.09
05.10	17.05	12.07	06.09	20.09
15.10	27.05	22.07	16.09	30.09
25.10	06.06	01.08	26.09	10.10
05.11	17.06	12.08	07.10	21.10
15.11	27.06	22.08	17.10	31.10
25.11	06.07	01.09	27.10	10.11
05.12	17.07	11.09	06.11	20.11
15.12	27.07	21.09	16.11	30.11
25.12	06.08	01.10	26.11	10.12

сопровождающиеся кесаревым сечением и другими операциями, наложением щипцов, классическим и комбинированным поворотом на ножку, извлечением плода за тазовый конец, плодоразрушающими операциями и ручным отделением последа; в) со значительной потерей крови, вызвавшей вторичную анемию (гемоглобин ниже 83 г/л) и сопутствующие ей заболевания; г) роды, сопровождающиеся разрывом матки, глубокими разрывами шейки матки, разрывом промежности III степени, расхождением лонного сочленения; д) роды с послеродовыми заболеваниями — лихорадочные состояния более 8 дней (тяжелые формы эндометритов, воспаления тазовой брюшины и клетчатки, вен, общие септические заболевания и др.); е) роды у женщин с анатомическим поражением клапанов сердца, мышц сердца и почечных лоханок, базедовой болезнью, диабетом и малярией, обострившейся в конце беременности или в родах, хроническим паренхиматозным поражением печени с выраженным нарушением функции; ж) преждевременные роды (рождение незрелого плода).

Для удобства вычисления срока отпуска и родов можно пользоваться специальным акушерским календарем (табл. 6). Правила пользования календарем. 1. Установив у беременной дату первого дня последней менструации, на той же линии в календаре можно найти нужные даты: например, начало последней менструации 20.07, дородовый отпуск на 56 дней надо предоставить с 01.03, роды ожидаются 26.04. Если роды нормальные, женщина должна явиться на работу после 56-дневного отпуска 21.06, если же роды патологические — 05.07 (70 дней). 2. При пользовании календарем следует обязательно учитывать объективные данные акушерского исследования (высота стояния дна матки над лобком, величина головки плода и др.).

ОХРАНА ТРУДА БЕРЕМЕННЫХ. Для обеспечения нормального развития беременности и здоровья ребенка предусмотрен ряд мероприятий, охраняющих труд беременной и женщины-матери. Беременные женщины не допускаются к ночным работам с момента установления у них беременности. Беременные с IV месяца не должны выполнять сверхурочную работу, а кормящие матери — работу в ночное время. Беременных с V месяца нельзя посылать в командировку вне места постоянной работы без их согласия. Женщины, кормящие грудью, не должны выполнять сверхурочную работу. Широко практикуется перевод беременных на более легкую работу с сохранением прежней заработной платы (из расчета последних 6 мес работы). Беременным и матерям, имеющим детей в возрасте до одного года, разрешают переходить на другую работу по месту жительства с сохранением непрерывного трудового стажа. Увольнять беременных и матерей, имеющих детей в возрасте до одного года, можно только в исключительных случаях с разрешения правовых органов. Работницам и служащим предоставляют перерывы на кормление грудью в течение рабочего дня не реже чем через каждые 3 ч, продолжительностью не менее 30 мин. Перерывы входят в счет рабочего времени. Всем работающим женщинам предоставляется отпуск по беременности. По заявлению женщины предоставляется дополнительный отпуск без сохранения заработной платы до одного года (должность сохраняется).

На основании статьи 129 Кодекса законов о труде запрещен труд женщин в особо тяжелых и вредных производствах. Женщины не допускаются к работе, требующей применения большой физической силы.

ПИЕЛИТ БЕРЕМЕННЫХ — воспаление почечной лоханки. Возникновению пиелита способствует атония мочеточников и связанная с ней задержка мочи, обусловленная механическим препятствием (сдавление мочеточников беременной маткой, чаще правого). Инфекция проникает по лимфатическим путям из кишечника, реже — восходящим путем из мочевого пузыря. Наиболее частый возбудитель — кишечная палочка.

Симптомы, течение. Наблюдается обычно во II половине беременности, чаще — у повторнобеременных. Начало заболевания чаще острое. Температура повышается нередко с ознобом, беспокоят боли в поясничной области, иногда болезненное мочеиспускание. Общее состояние ухудшается, появляется головная боль. В моче обнаруживают много лейкоцитов, клеток эпителия лоханок и бактерий. Симптом Пастернацкого на стороне воспаления лоханки.

Лечение. Постельный режим, тепло на область поясницы. Лучше положение на левом боку, чтобы беременная матка, насколько это возможно, сместилась влево и освободила правый мочеточник от давления. Если поражена левая лоханка, рекомендуется положение на правом боку. Диета молочно-растительная с ограничением соли, щелочные воды. Пенициллин в/м или назначают ампициллин, невиграмон, отвар толокнянки по 1 столовой ложке 4—5 раз в день.

ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ — неспецифическое воспаление с преимущественным поражением интерстициальной ткани почек. Различают острую и хроническую формы пиелонефрита.

Симптомы, течение. Острый пиелонефрит характеризуется внезапным началом, высокой температурой, ознобом, болями в пояснице (чаще справа), отдающими в паховую область. Иногда присоединяются рвота, дизурия, запоры. Симптом Пастернацкого положительный. Наблюдается пиурия, иногда гематурия. Для хронического пиелонефрита типично чередование бессимптомной бактериурии с приступами обострения (заболевание мочевых путей в анамнезе). Проба Зимницкого выявляет гипо- и изостенурию. Течение беременности часто осложняется поздними токсикозами. Нередко наступают преждевременные роды.

Лечение. При остром пиелонефрите постельный режим, диета без ограничения соли и жидкости (при отсутствии отеков, гипертонии). Антибиотики назначают после определения чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам (ампициллин, окса-

циллин, метициллин). Показаны невиграмон, неграм. Из сульфаниламидных препаратов применяют бисептол, уросульфан, этазол, из нитрофуранов — фурагин, фурадонин. Курс лечения 2—3 нед.

Продолжение беременности при хроническом пиелонефрите, сопровождающемся стойкой гипертонией, противопоказано. После родов назначают профилактический курс лечения антибиотиками.

ПОВОРОТ ПЛОДА — акушерская операция, при которой данное положение плода, почему-либо неудобное, изменяют на другое и притом всегда продольное.

Поворот при полном открытии маточного зева (классический поворот). Показаниями к операции являются поперечные или косые положения плода, неблагоприятные вставления головки (лобное предлежание, высокое прямое стояние стреловидного шва, задний вид лицевого предлежания), выпадение пуповины при головном предлежании (при безуспешности вправления пуповины за головку), выпадение ручки при головном предлежании.

Противопоказан акушерский поворот при запущенном поперечном положении плода, симптомах угрожающего разрыва матки, разрыве матки, мертвом плоде.

Условия для операции: 1) полное открытие маточного зева; 2) целость плодного пузыря или же только что отошедшие воды; 3) сохранение достаточной подвижности плода в полости матки; 4) соответствие между величиной плода и размерами таза.

Техника операции. Операцию производят под общим обезболиванием. Роженица лежит на поперечной кровати. Мочевой пузырь перед операцией опорожняют. В исключительных случаях, когда акушерка производит поворот без врача и нет возможности дать наркоз, перед операцией п/к вводят 1 мл 0,1 % раствора атропина и 1 мл 1 % раствора папаверина. Все моменты операции выполняют в паузах между схватками. Чаще всего делают поворот на ножку. Операция состоит из трех моментов. Ей предшествует влагалищное исследование, при котором уточняют положение, позицию и вид плода, условия для проведения операции.

1. Первый момент — введение руки в матку. Вводят ту руку, которая при поперечном положении соответствует тазовому концу плода (при первой позиции — левую, при второй — правую). При продольном положении вводят руку, соответствующую мелким частям плода (при первой позиции — левую, при второй — правую). Наружной рукой раздвигают половые губы, а внутреннюю руку со сложенной конусообразно кистью вводят во влагалище и продвигают к зеву матки (тыл кисти должен быть обращен в сторону крестца). Перед введением внутренней руки в матку наружную руку кладут на дно матки. Внутренней рукой разрывают плодный пузырь и вводят руку в матку. При головном предлежании перед введением руки в матку головку отталкивают в сторону спинки.

2. Второй момент — отыскивание и захват ножки. При повороте из продольного положения следует найти и захватить переднюю ножку (обращена к передней брюшной стенке). При повороте из поперечного положения при переднем виде захватывают нижележащую ножку, при заднем — вышележащую. Чтобы отыскать ножку, нащупывают бок плода и скользят рукой от подмышечной впадины к тазовому концу и далее по бедру к голени. Пока находят ножку внутренней рукой, наружной, расположенной на тазовом конце плода, стараются приблизить тазовый конец к внутренней руке. Захватить ножку можно двояко. Лучше захватить голень всей рукой (четыре пальца обхватывают голень спереди, I палец располагается вдоль икроножных мышц до подколенной ямки). Если не удается захват всей рукой, захватывают ножку II и III пальцами в области лодыжки.

3. Третий момент — собственно поворот. Как только внутренняя рука захватила ножку, наружная рука передвигается на головку и, охватив ее снаружи, отодвигает головку к дну матки. Внутренняя рука в это время низводит и выводит ножку из влагалища. Поворот считается законченным, когда головка плода находится в дне матки, а ножка низведена и выведена из половой щели до колена. Сразу после классического поворота приступают к операции извлечения плода за ножку, так как при повороте часто наступает асфиксия плода. Если при поперечном положении с отхождением вод выпадает ручка, ее не вправляют, берут на петлю и при производстве поворота ручка сама втягивается в половые пути.

ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА КОСОЕ, ПОПЕРЕЧНОЕ. Косое положение плода — ось плода и ось матки перекрещиваются под острым углом. Поперечное положение плода — продольная ось плода образует с продольной осью матки прямой (или почти прямой) угол.

Позиции плода при поперечных и косых положениях определяют по головке: если головка обращена влево — это первая позиция; если головка обращена вправо — вторая. Вид устанавливают по спинке плода: спинка обращена кпереди — передний вид, спинка кзади — задний вид.

Поперечные и косые положения плода называются неправильными, так как роды через естественные родовые пути невозможны. Возникновению подобных положений плода способствуют условия, облегчающие подвижность плода (многоводие, дряблость брюшной стенки, многоплодная беременность), условия, мешающие головке опуститься в нижний сегмент матки и прижаться ко входу в малый таз (узкий таз, предлежание плаценты, опухоли в нижнем сегменте матки и др.). Неправильная форма матки (седловидная) также способствует образованию поперечного положения плода.

Течение беременности. При обследовании: форма матки вытянутая в поперечном или косом направлении; дно матки стоит ниже, чем при продольном положении в те же сроки беременности; предлежащая часть над входом в малый таз не определяется; головка и тазовый конец плода располагаются в боковых отделах матки; сердцебиение плода

выслушивается лучше всего на уровне пупка, ближе к головке.

В родах поперечные и косые положения плода уточняются влагалищным исследованием, особенно после вскрытия плодного пузыря. При косых положениях удается через зев прощупать плечико плода, ребра, ключицу (при заднем виде), лопатку и остистые отростки позвонков (при переднем виде). При поперечных положениях часто во влагалище можно обнаружить выпавшую ручку и при этом прощупать подмышечную впадину (по подмышечной впадине судим о позиции: головка находится на той стороне, где замыкается подмышечная впадина).

При выпадении ручки опасно перепутать ее с ножкой. Для кисти руки характерны длинные пальцы, I палец можно отвести в сторону и прижать к ладони, кисть переходит в предплечье без выступа. Для ножки характерны короткие, почти одинаковой длины пальцы на стопе, I палец не отводится. Особенно важно найти коленную чашечку и пяточный бугор. Для определения, какая ручка выпала, следует «поздороваться» с выпавшей ручкой: мысленно удается «поздороваться» только с правой ручкой. При первой позиции выпадение правой ручки свойственно для переднего вида, левой — для заднего; при второй — выпадение правой ручки типично для заднего вида, левой — для переднего.

Течение беременности при поперечном положении, не осложненном другими видами акушерской патологии (многоплодие, предлежание плаценты и др.), обычно не представляет особенностей.

Течение родов. Исключительно редко плод в начале родов самостоятельно переходит в продольное положение, обычно во время родов поперечное (косое) положение плода сохраняется. В родах вследствие отсутствия предлежащей части нет разграничения на передние и задние воды, в связи с чем при этих положениях воды отходят рано и вместе с отошедшими водами может выпасть ручка и пуповина. Воды изливаются все или почти все, матка сокращается и обхватывает плод, который теряет подвижность. Под влиянием родовой деятельности плод опускается в перерастянутый нижний сегмент матки, стенки его еще больше истончаются, позвоночник плода изгибается, плечико вколачивается в таз, выпавшая ручка отекает и синеет.

Неподвижность плода в сочетании с вколоченным плечиком и отечностью руки (при ее выпадении) являются признаками запущенного поперечного положения плода, которое без оказания быстрой помощи приводит к разрыву матки с возможным смертельным исходом для матери и плода. Иногда глубоко недоношенный мертвый мацерированный плод может родиться в поперечном положении путем самоизворота или в сдвоенном виде (роды сдвоенным телом).

Ведение беременности и родов. Поперечное положение плода на VII—VIII месяце беременности (но не в родах) может самостоятельно измениться на продольное. Чтобы способствовать подобному изменению, женщине следует лежать на том боку, где несколько ниже (особенно при косом) находится крупная часть (головка или ягодицы). При сохранении беременности до 35—36 нед беременную необходимо госпитализировать в стационар, где она остается до родов. В родильном доме можно сделать попытку наружного поворота (*только врач!*).

Если поворот не произведен, роды ведут так, чтобы сохранить целость плодного пузыря до полного открытия: роженице не разрешают вставать с постели, рекомендуют лежать на том боку, где крупная часть ближе ко входу в таз. Иногда во влагалище вводят резиновый баллон — кольпейринтер. Как только наступает полное открытие, разрывают оболочки плодного яйца, производят поворот с последующим извлечением плода (см. *Поворот плода*).

Если воды отошли самопроизвольно, тотчас выполняют влагалищное исследование. При полном открытии делают поворот и извлечение, при неполном — вводят метрейринтер для сохранения остатков вод и ускорения раскрытия зева. После наступления полного открытия производят поворот и извлечение плода. При сочетании поперечного положения плода с другой акушерской патологией (узкий таз, предлежание плаценты, старая первородящая) с началом родовой деятельности показано кесарево сечение.

При запущенном поперечном положении плода, как правило, плод погибает, и тогда производят плодоразрушающую операцию, обычно декапитацию. Если же плод жив и противопоказаний к кесареву сечению нет (инфекция), можно выполнить кесарево сечение.

Роды при поперечном и косом положении должен вести врач. При запущенном поперечном положении плода срочно вызывают врача и до его приезда роженице вводят 1 мл пантопона или 1 мл морфина.

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД начинается с момента рождения последа и кончается через 6—8 нед.

Симптомы, течение. Матка после родов хорошо сокращается, стенки ее утолщаются (с 0,5 до 3 см), она плотной консистенции, очень подвижная из-за растяжения связочного аппарата. При переполнении соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки) матка поднимается. С каждым днем послеродового периода матка становится все меньше, о чем можно судить по высоте стояния дна матки — в течение первых 10—12 дней после родов дно матки опускается ежедневно на один поперечный палец. На 1—2-й день дно матки стоит на уровне пупка (при опорожненном мочевом пузыре), а на 10—12-й день дно матки обычно скрывается за лоном.

Шейка матки формируется изнутри кнаружи. Сразу после родов шейка имеет вид тонкостенного мешка, канал ее свободно пропускает кисть. Сначала закрывается внутренний зев, потом — наружный. Внутренний зев закрывается на 7—10-й день, наружный — на 18—21-й день после родов.

Внутренняя поверхность матки после родов представляет собой сплошную раневую поверхность с обрывками эпителия, донышек желез

матки и стромы базального слоя эндометрия. Отсюда и происходит регенерация слизистой оболочки. Слизистая оболочка на всей внутренней поверхности матки восстанавливается на 7—10-й день, а в области плацентарной площадки — к концу 3-й недели. При восстановлении эндометрия образуются послеродовые выделения — лохии, представляющие собой раневой секрет. В первые 3—4 дня лохии кровянистые, в следующие 3—4 дня — серозно-кровянистые, к 7—8-у дню уже не содержат примеси крови, становятся светлыми. С 3-й недели они становятся скудными, а к 5—6-й неделе послеродового периода выделения прекращаются. Если выделения и после 7—8-го дня с примесью крови, это указывает на замедленное обратное развитие матки, что бывает при плохом сокращении ее, наличии в матке остатков плацентарной ткани, воспаления и т. д. Иногда выделения отсутствуют, лохии скапливаются в матке — образуется лохиометра (см. *Задержка лохий*).

При нормальном течении послеродового периода состояние родильницы хорошее, дыхание глубокое, пульс ритмичный, 70—76 в минуту, нередко замедлен, температура нормальная. Учащение пульса и повышение температуры указывают на осложнение послеродового периода, чаще всего на развитие послеродовой инфекции. Мочеотделение обычно нормальное, лишь изредка возникает затрудненное мочеиспускание (см. *Ишурия послеродовая*). После родов может наблюдаться задержка стула, обусловленная атонией кишечника. Атонии способствует расслабление брюшного пресса и ограничение движений после родов.

На 3—4-й день после родов молочные железы начинают отделять молоко. Они набухают, становятся чувствительными, нередко при сильном набухании возникают распирающие боли. Иногда на 3—4-й день самочувствие родильницы может ухудшаться из-за сильного нагрубания молочных желез, хотя молока продуцируется немного в эти дни, поэтому сцеживание при нагрубании бесполезно и вредно.

В послеродовом периоде родильнице необходимо создать режим, способствующий правильному обратному развитию половых органов, заживлению раневых поверхностей, нормальной функции организма. Раневые поверхности в матке и других отделах родовых путей являются входными воротами для легкого проникновения инфекции. Поэтому основным правилом в организации ухода за родильницей является строгое соблюдение всех правил асептики и антисептики.

Уход за родильницей. Наблюдение за общим состоянием и самочувствием, контроль за пульсом не менее 2 раз в день и температурой тела. Кроме того, следят за состоянием молочных желез (нет ли трещин на сосках). Ежедневно измеряют высоту стояния дна матки, ее консистенцию, форму, чувствительность (пальпация); осматривают наружные половые органы, определяют характер и количество лохий. Следят за отправлением кишечника и мочевого пузыря. Все эти данные записывают в историю родов.

При болезненных послеродовых схватках можно назначить амидопирин, антипирин (по 0,3—0,5 г). При замедленной инволюции матки применяют средства, усиливающие сокращение матки (питуитрин или прегнантол по 1 мл 1—2 раза в день).

При затруднении мочеиспускания проводят ряд мероприятий (см. *Ишурия послеродовая*). При задержке стула на 3-й день делают очистительную клизму или назначают слабительное (касторовое или вазелиновое масло).

Если послеродовой период протекает без осложнений и нет разрывов промежности, родильнице на 2-е сутки разрешают сидеть, а на 3—4-е сутки — ходить. За последние годы многие рекомендуют принцип раннего вставания — на 2-е сутки. Раннее вставание способствует лучшему опорожнению мочевого пузыря, кишечника, более быстрому сокращению матки. Не противопоказано раннее вставание и при разрывах промежности I—II степени (при этом не следует только садиться). Здоровые родильницы со 2-го дня после родов начинают занятия лечебной гимнастикой. Занятия проводят коллективно всей палатой в первой половине дня, лучше через 2 ч после завтрака, летом — при открытых окнах, зимой — после тщательного проветривания палаты. Они способствуют усилению обмена веществ, углублению дыхания, укреплению мышц брюшной стенки и промежности. Упражнения выполняют в медленном темпе. Продолжительность занятия 5—15 мин. Каждой родильнице, выписывающейся домой, надо разъяснить необходимость продолжения лечебной гимнастики и дома.

Родильница должна перед каждым кормлением мыть руки, ежедневно менять рубашку, не реже 2 раз в день производить туалет наружных половых органов (см. *Асептика и антисептика в акушерстве*). Молочные железы следует обмывать 0,5 % раствором нашатырного спирта или теплой водой с мылом утром и вечером после кормления. Соски обмывают 1 % раствором борной кислоты и обсушивают стерильной ватой. При значительном нагрубании молочных желез ограничивают питье, назначают слабительные средства. Если при сосании молочная железа опорожняется не полностью, необходимо после каждого кормления сцеживать молоко молокоотсосом. Утром и вечером проводят воздушные ванны длительностью 15 мин каждая.

В особом питании родильница не нуждается. К обычному питанию следует добавить 0,5 л кефира, 100—200 г творога, свежие фрукты, ягоды, овощи. Из рациона следует исключить острые и жирные блюда, консервы. Алкоголь противопоказан.

Родильниц с повышенной температурой, катаром верхних дыхательных путей, послеродовыми заболеваниями необходимо изолировать от здоровых родильниц, для чего переводят заболевших в другое акушерское отделение или отдельную палату (в небольших родовспомогательных учреждениях). Если акушерка одна обслуживает здоровых и больных родильниц, следует помнить, что туалет больных необходимо производить в последнюю

очередь. При нормальном течении послеродового периода родильницу выписывают через 7—8 сут после родов.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ (ПОСЛЕАБОРТНЫЕ) ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ возникают при проникновении в организм микробов (чаще стафилококки, стрептококки, реже — кишечная палочка и возбудители газовой гангрены) через раневые поверхности (внутреннюю поверхность послеродовой матки, трещины и ссадины, надрывы, образующиеся на шейке матки, во влагалище и на промежности). Развитию инфекции способствуют ослабление организма при тяжелом течении беременности, осложнения в родах (преждевременное отхождение вод, затяжные роды, оперативные роды с травмой мягких родовых путей, кровопотеря в родах). Послеродовые (послеабортные) заболевания начинаются с воспалительного процесса в области раневой поверхности. Первичными очагами являются внутренняя поверхность матки, ссадины и разрывы шейки, влагалища и промежности. В этих случаях возникают послеродовой эндомиометрит, послеродовые язвы. Однако инфекция может распространяться и за пределы первичного очага по лимфатическим, кровеносным путям и каналикулярно. Поражаются миометрий, околоматочная клетчатка, тазовая брюшина, вены матки, таза и бедра; развиваются метрит, параметрит, метротромбофлебит, тромбофлебит вен таза, бедренной вены, сальпингоофорит, пельвиоперитонит. При слабой сопротивляемости организма, высокой вирулентности микроба и отсутствии правильного лечения происходит генерализация процесса, приводящая к разлитому перитониту, септицемии, септикопиемии.

Послеродовые заболевания протекают различно, но клиническая картина их имеет много общего (повышение температуры, учащение пульса, иногда пульс не соответствует высоте температуры, часты ознобы различной интенсивности, общее плохое самочувствие). При тяжелых послеродовых заболеваниях отмечаются нарушения со стороны ЦНС (головная боль, бессонница или сонливость, иногда бред), деятельности сердца, органов кроветворения, пищеварения, дыхания и т. д. В крови низкие цифры гемоглобина, высокий лейкоцитоз, повышенная СОЭ.

Послеродовая язва может возникнуть в области разрывов и трещин на шейке матки, стенке влагалища, промежности.

Симптомы, течение. Жалобы на жжение в области наружных половых органов. Дно язвы на промежности покрыто налетом, окружающие ткани гиперемированы и отечны. Заболевание обычно начинается на 3—4-й день после родов с повышения температуры, учащения пульса, легкого недомогания. Через 4—5 дней температура становится нормальной, язва очищается от налетов и постепенно заживает вторичным натяжением. Эпителизация наступает на 10—12-й день. Иногда при неблагоприятных условиях возникают вульвиты, кольпиты, паракольпиты.

Лечение. Постельный режим, местно накладывают марлевые салфетки, смоченные гипертоническим раствором хлорида натрия с канамицином в сочетании с трипсином, химотрипсином (0,01—0,02 г в 20—50 мл 0,25 % раствора новокаина).

Послеродовой эндомиометрит — воспаление и некроз остатков децидуальной оболочки, мелкоклеточная инфильтрация, отек мышечных волокон, расширение и тромбоз кровеносных и лимфатических сосудов.

Симптомы, течение. Заболевание начинается на 3—4-й день после родов с повышения температуры, учащения пульса, снижения аппетита, нарушения сна, иногда головной боли и легкого познабливания. Матка больше, чем положено на 3—4-й день послеродового периода (субинволюция), чувствительна при пальпации. Лохии становятся мутными, кровянисто-гнойными, иногда с запахом. Заболевание длится 8—10 дней и обычно заканчивается выздоровлением. При неблагоприятном течении происходит генерализация инфекции.

Лечение. Постельный режим, пузырь со льдом на низ живота, в/в 10 мл 10 % раствора хлорида кальция через 1—2 дня или внутрь 10 % раствор по 1 столовой ложке 3—4 раза в день, пенициллин по 500 000 ЕД через 3—4 ч в сочетании с сульфаниламидными препаратами по схеме. Эффективны метициллин, оксациллин, сочетание тетрациклина с олеандомицином.

Послеродовой гонорейный эндомиометрит. Симптомы, течение. Заболевание обычно начинается на 6—8-й день послеродового периода с повышения температуры. Отмечаются субинволюция матки и ее болезненность. Выделения гнойные или слизисто-гнойные.

Диагноз уточняют путем микроскопического исследования выделений из матки.

Лечение. Пенициллин по 300 000—500 000 ЕД через 3—4 ч и сульфаниламидные препараты по схеме. Необходимо организовать уход за родильницей так, чтобы исключить возможность переноса инфекции на ребенка и других родильниц. Для этого особенно тщательным должен быть уход за чистотой рук матери при кормлении ребенка. Туалет родильницы производят в последнюю очередь.

Септический шок — наиболее тяжелое проявление септической инфекции. Наблюдается чаще при септических выкидышах, особенно в поздние сроки, реже при инфицированных родах. Возникает преимущественно в случаях массового лизиса грамотрицательных бактерий (группа кишечной палочки, протей, синегнойная палочка), при разрушении оболочки которых освобождается эндотоксин. Реже наблюдается при инфекции, вызванной стафилококками или стрептококками. В основе септического шока лежат острые расстройства гемодинамики. Нередко сопровождается нарушением свертываемости крови. Возникает опасность кровотечения от гипо- и афибриногенемии. Выражены гипоксия и ацидоз.

Симптомы, течение. Заболевание начинается внезапно ознобом и очень высокой температурой. Отмечаются тахикардия, гиперемия, гипотония. Через несколько часов АД резко падает, пульс становится частым, слабо-

го наполнения. При диагностике важно, что падение АД не связано с кровотечением. На этом фоне может развиться острая почечная недостаточность, выражающаяся сначала олигурией (мочи выделяется меньше 400 мл в сутки). Возникают парестезии, гипотония, расстройство сердечной деятельности (нарушение ритма, бради- или тахикардии, блокада сердца), ступорозное состояние, одышка, рвота. Через 5—6 дней постепенно восстанавливается диурез, наступает полиурия.

Лечение. Следует срочно вызывать врача и сразу же начинать борьбу с шоком. Внутривенно вводят плазму или плазмозаменители (полиглюкин) 250—500 мл струйно, затем до 2000 мл капельно. При кровопотере переливают кровь. В начальной стадии шока показаны антигистамины и сосудорасширяющие, при коллапсе — норадреналин, мезатон, гипертезин, в/в большие дозы преднизолона (100—200 мг, а в течение суток 500—1000 мг). Для предупреждения внутрисосудистого свертывания крови вводят в/в 5000—10 000 ЕД гепарина каждые 6 ч. Из антибиотиков — канамицин, ампициллин и пенициллин в больших дозах (до 10 000 000 ЕД в сутки). Удаление плодного яйца или матки возможно только после выведения больной из шокового состояния. При острой почечной недостаточности показана срочная госпитализация в специальное отделение («Искусственная почка»).

Септицемия, септикопиемия. Септицемия — септическое поражение всего организма, при котором микробы, попадая в кровь и размножаясь в ней, разносятся по всему организму, вызывая интоксикацию его. При септикопиемии микробы, попадая с током крови в разные органы, образуют в них метастатические очаги септической инфекции, которые обычно подвергаются нагноению.

Симптомы, течение. Заболевание начинается на 2—4-й день после родов резким повышением температуры тела, учащением пульса, ознобом. Общее состояние родильницы тяжелое. Язык сухой, обложен, живот умеренно вздут. Кожные покровы имеют землисто-желтушный цвет, головная боль, жажда, сухость во рту. Матка дрябловата, плохо сокращена, несколько чувствительна при пальпации, значительные кровянисто-ихорозные выделения. В моче белок, в крови лейкоцитоз и повышенная СОЭ. В дальнейшем могут возникать метастатические очаги в разных органах. В зависимости от их локализации в клинической картине преобладают нарушения сердечной деятельности (поражение миокарда, эндокарда), органов дыхания (метастатическая пневмония), почек (очаговый нефрит). При обратном развитии метастатического очага инфекции наступает некоторое улучшение общего состояния со снижением температуры. Однако при возникновении нового очага вновь повышается температура, появляются озноб и симптомы, обусловленные поражением того или иного органа.

Лечение. Все лечебные мероприятия следует проводить на фоне тщательного ухода за больной (рациональное питание, обильное питье, соблюдение чистоты тела). Основное значение в лечении септицемии и септикопиемии имеют антибиотики, назначаемые в больших дозах (не менее 6 000 000 ЕД в сутки) и в разных сочетаниях. Необходимо определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Эффективны полусинтетические пенициллины (метициллин и оксациллин), сочетание олеандомицина с тетрациклином, олететрин, сигмамицин. Из сульфаниламидов большое значение имеют препараты длительного действия (сульфапиридазин, сульфадиметоксин, мадрибон). Необходимо одновременно во избежание кандидоза назначать противогрибковые препараты (нистатин, леворин, декамин).

Лечение антибиотиками сочетают с введением анатоксина, гамма-глобулина, переливанием крови, инфузиями полиглюкина, гемодеза и назначением витаминов. Лечение сепсиса проводит только врач.

Тромбофлебит — воспаление стенки вены с последующим образованием на этом участке тромба, полностью или частично закрывающего просвет сосуда.

По локализации тромбофлебиты делятся на тромбофлебиты вен матки, вен таза и вен бедра. Тромбофлебит вен матки возникает на почве эндомиометрита.

Симптомы, течение. Общее состояние больной ухудшается, пульс становится частым, субинволюция матки, болезненность ее, особенно по боковым поверхностям. Выделения кровянистые, довольно обильные. При неблагоприятных условиях процесс распространяется на вены таза, при влагалищном исследовании пальпируемые в виде извитых, болезненных тяжей. При дальнейшем распространении процесса возникает тромбофлебит бедренных вен, который клинически проявляется на 2—3-й неделе после родов. Вначале нередко озноб, частый пульс, высокая температура, боль в ногах, прежде всего в икроножных мышцах. Местно определяется сглаженность паховой области, уплотнение и болезненность по ходу вены, отек ноги, иногда резко выраженный. Температура держится 2—3 нед, отек в течение 1—2 мес. При неблагоприятном течении тромбофлебит может нагнаиваться и быть основным источником септикопиемии. Опасны эмболии легочных артерий на почве тромбофлебита.

Лечение. Абсолютный покой с высоким положением ног (при тромбофлебите бедра), не применять в/в вливаний, на низ живота пузырь со льдом, пиявки по ходу пораженной вены ноги. Показаны венорутон, реопирин, эскузан. При повышенной опасности тромбоза применяют гепарин в сочетании с пелентаном, фенилином (обязателен врачебный лабораторный контроль). Антибиотики сочетают с применением спазмолитиков (промедол, папаверин). В отдельных случаях показана операция — тромбэктомия.

В период выздоровления разрешают вставать, если температура нормальная в течение недели, СОЭ ниже 30 мм/ч, исчезло ощущение ползания мурашек. После перенесенного тромбофлебита показано бинтование ног эластическим бинтом или ношение эластических чулок.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ДЕТСКОГО МЕСТА (ПЛАЦЕНТЫ) — прикрепление плаценты в нижнем маточном сегменте, когда она закрывает полностью или частично внутренний зев матки, располагаясь ниже предлежащей части.

Различают полное предлежание плаценты, когда плацента занимает всю область внутреннего зева и оболочки при открытии зева на 3 поперечных пальца не определяются, и частичное предлежание плаценты, когда плацента занимает большую или меньшую часть внутреннего зева и при открытии его на 3 поперечных пальца определяется как плацента, так и оболочка. Предлежание плаценты наблюдается при воспалительных, атрофических и других патологических процессах в слизистой оболочке матки (после осложненных родов, абортов, при миомах).

Симптомы, течение. Кровотечение из половых путей — основной признак. При полном предлежании плаценты кровотечение чаще всего начинается в последние 2—3 мес беременности, когда нижний маточный сегмент расширяется, стенка его растягивается и частично смещается с поверхности плаценты. При смещении отдельные участки плаценты отслаиваются от мест прикрепления, маточно-плацентарные сосуды разрываются и кровоточат. При частичном предлежании плаценты кровотечение возникает в конце беременности или в I периоде родов, при сокращении матки.

Если кровотечение наблюдается во время беременности, то оно обычно бывает внезапным, чаще ночью в состоянии покоя. Кровотечение безболезненное, кровь алая, жидкая. С началом родов кровотечение усиливается, кровь поступает большими порциями или непрерывно, роженица теряет ее много, особенно при полном предлежании плаценты и выраженной родовой деятельности.

Для предлежания плаценты характерно высокое стояние предлежащей части, так как плацента мешает опусканию ее в таз. При этом наблюдаются неправильные положения плода, сравнительно часто наступают преждевременные роды, слабость родовой деятельности. В последовом и раннем послеродовом периодах возможны кровотечения в связи с гипотонией матки, что обусловлено недостаточной сократительной способностью ее нижнего сегмента.

При распознавании следует учитывать, что всякое кровотечение в последние месяцы беременности подозрительно на предлежание плаценты, особенно в сочетании с высоко расположенной предлежащей частью. Более раннее кровотечение (по сроку беременности) сопровождает чаще полное предлежание плаценты. Влагалищное исследование позволяет уточнить диагноз, но следует помнить, что при исследовании кровотечение может усилиться, тогда возникают показания к срочной операции. Отсюда влагалищное исследование можно производить только в стационаре и очень осторожно. Для исключения других источников кровотечения (рак, полип шейки, разрыв варикозного узла) беременную исследуют с помощью зеркал. Если наружный зев закрыт, через своды можно прощупать мягковатую массу плаценты, лежащую впереди предлежащей части. Точный диагноз формы предлежания плаценты можно поставить только при открытии зева на 2—3 пальца. За края зева не следует проникать, так как при этом усиливается отслойка плаценты.

Лечение. При кровотечении во II половине беременности показана обязательная и неотложная госпитализация беременной в стационар в сопровождении акушерки.

Выбор метода лечения зависит от интенсивности кровопотери и степени анемии, подготовленности родовых путей, состояния плода. Во время беременности при небольших кровопотерях показаны строгий постельный режим, диета, богатая витаминами, средства, успокаивающие сократительную деятельность матки (свечи с папаверином по 0,05 г), инъекции сульфата магния (20 мл 25 % раствора в/м 2 раза в сутки), витамин К по 0,015 г 3 раза в день, дробные переливания крови по 80—100 мл, аскорбиновую кислоту (300 мг с 20 мл 40 % раствора глюкозы в/в ежедневно). Постоянное наблюдение за состоянием беременной, выделениями из половых путей, пульсом, АД. Систематически производят анализы крови. Если выделения крови продолжаются, содержание гемоглобина снижается, показано оперативное родоразрешение. При обильном кровотечении во время беременности и в начале родов оперативное родоразрешение выполняют немедленно.

При небольшом кровотечении, регулярной родовой деятельности, при частичном предлежании плаценты кровотечение прекращается обычно при разрыве плодных оболочек, который производят при открытии зева на 1—2 поперечных пальца. Вскрывать плодный пузырь надо пулевыми щипцами, чтобы не вызвать дальнейшую отслойку плаценты; воды выпускать медленно во избежание выпадения пуповины. После разрыва оболочек предлежащая часть опускается и прижимает плаценту и кровоточащие сосуды, кровопотеря прекращается, роды заканчиваются самопроизвольно.

При слабости родовой деятельности для усиления ее, а также для фиксации головки применяют наложение кожных щипцов на головку. Кожно-головными щипцами захватывают складку кожи на головке плода, к рукоятке привешивают небольшой груз (200—400 г), который подтягивает головку.

При косых и поперечных положениях плода, ягодичном предлежании, разгибательном типе головного предлежания и слабых схватках может быть применен метрейриз. После вскрытия оболочек в полость плодного пузыря вводят стерильный грушевидный резиновый баллон — метрейринтер. Метрейринтер наполняют стерильным изотоническим раствором хлорида натрия, на трубку накладывают зажим, к которому привязывают небольшой груз (200—400 г). Наполненный метрейринтер под влиянием тяги придавливает отслоившуюся часть плаценты и тампонирует кровеносные сосуды.

Попытки извлечения плода при неполном открытии маточного зева категорически противопоказаны! При полном предлежании плаценты и при частичном предлежании ее с обильным кровотечением показано кесарево сечение.

При анемии производят переливание крови, п/к введение раствора глюкозы, применяют сердечные средства.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ. В норме отслойка происходит в III периоде. Иногда плацента отслаивается до рождения плода (преждевременная отслойка), что обычно бывает в период раскрытия, реже — во II периоде и во время беременности. В месте отслойки плаценты возникает *ретроплацентарная гематома,* оказывающая давление на окружающие ткани, под влиянием чего происходит дальнейшая отслойка плаценты от стенки матки. По мере нарастания гематомы кровь прокладывает себе путь между плацентой и оболочками, к внутреннему присоединяется наружное кровотечение. Преждевременная отслойка возникает в связи с заболеваниями, при которых наблюдаются нарушения в сосудистой системе: поздние токсикозы, нефрит, гипертоническая болезнь, пороки сердца, гиповитаминоз С. Причиной могут быть подслизистые миомы матки, переношенная беременность, нервное потрясение, а также короткая пуповина в период изгнания, запоздалый разрыв плодного пузыря (рождающийся пузырь тянет за собой оболочки с плацентой), двойня после рождения первого плода.

Симптомы, течение. Внезапное появление болей в животе, которые быстро становятся нестерпимыми при отсутствии регулярных схваток. Нарастает длительное напряжение матки, пальпация живота резко болезненна, форма матки неправильная или овоидная, консистенция плотная. Определить положение и предлежание плода невозможно. Изменяется сердцебиение плода, возможна его гибель. Выраженная, резко нарастающая анемия: кожа и слизистые оболочки бледные, пульс частый и мягкий, АД низкое, звон в ушах, головокружение.

Если женщина в родах, отмечается сильное напряжение плодного пузыря вне схваток. После рождения плода плацента изгоняется сразу и одновременно изливается большое количество жидкой крови и сгустков. В раннем послеродовом периоде может возникнуть гипотоническое кровотечение в связи с перерастянутой маткой, гипо- и афибриногенемией, характерной для этой патологии (см. *Кровотечения послеродовые*).

Лечение. Бережное родоразрешение, борьба с острой анемией и шоком. При отслойке плаценты во время беременности и в I периоде родов производят кесарево сечение. При полном открытии зева надо срочно вскрыть плодный пузырь, произвести поворот плода на ножку и извлечь его, а затем немедленно удалить плаценту. Если головка в полости таза и плод живой, накладывают акушерские щипцы, при мертвом плоде производят краниотомию. При неполном открытии зева, удовлетворительном состоянии женщины и плода и небольшой кровопотере (внутренней и наружной) показано вскрытие плодного пузыря. При этом дальнейшая отслойка может прекратиться и возможно нормальное родоразрешение.

Наряду с родоразрешением переливают кровь, кровезамещающие жидкости, вводят растворы глюкозы, сердечные средства.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ — роды, наступившие после 28 и до 39 нед беременности. Плод, родившийся при преждевременных родах, недоношен, но жизнеспособен. Срок преждевременных родов и степень недоношенности плода определяют по совокупности данных (см. *Доношенность плода*).

Преждевременные роды обусловлены теми же признаками, что и самопроизвольные аборты (см. *Аборт*); предрасполагают поздние токсикозы беременности, многоплодная беременность и т. д.

Симптомы, течение. Протекают по типу срочных. Нередко отмечаются осложнения: преждевременное и раннее отхождение вод, слабость родовой деятельности, быстрые роды при неподготовленных родовых путях, разрывы шейки матки, кровотечения во время родов, особенно в последовом периоде. У плода часто развиваются асфиксия, внутричерепная травма. Нередки случаи мертворождения.

Лечение. При угрожающих преждевременных родах (боли внизу живота, незначительные кровянистые выделения) беременную направляют в стационар. Назначают постельный режим, витамины и средства, приостанавливающие сокращение матки (свечи с папаверином 0,02 г по 1 свече 2—3 раза в день; порошки с папаверином 0,02 г, антипирином 0,5 г и амидопирином 0,3 г, по 1 порошку 3 раза в день), прогестерон, витамин Е, успокаивающие (бехтеревская микстура, бромиды). При слабости родовой деятельности стимулируют родовую деятельность (см. *Слабость родовой деятельности),* проводят профилактику асфиксии плода. Особое внимание обращают на выведение головки — следует очень осторожно касаться головки, так как при стремительном продвижении головки может произойти внутричерепная травма. При рождении ребенка даже в состоянии легкой асфиксии профилактически применяют аппаратное дыхание. В последовом периоде проводится профилактика гипотонического кровотечения (см. *Асфиксия плода*).

ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА ГОЛОВНЫЕ НЕПРАВИЛЬНЫЕ. Нормальным механизмом родов считают роды при переднем виде затылочного предлежания, когда имеются оптимальные взаимоотношения между формой и размерами головки и малого таза матери. При заднем виде затылочного предлежания и при I степени разгибательного типа механизма родов (переднеголовное предлежание) головка проходит малый таз бóльшими размерами, чем при переднем виде; на прохождение головки затрачивается значительно больше родовых сил, поэтому могут возникнуть осложнения в родах для матери и плода (см. *Слабость родовой деятельности. Асфиксия плода. Таз*

узкий). Поступательные движения головки при заднем виде затылочного предлежания и переднеголовном предлежании происходят долго, возможны осложнения — вторичная слабость родовой деятельности, асфиксия плода. Роды ведут выжидательно. При слабости родовых сил показана стимуляция. При асфиксии, если головка в полости малого таза, накладывают акушерские щипцы.

При II степени разгибания головка больше разгибается, наиболее низко расположенной частью становится лоб — *лобное предлежание*. Течение родов затяжное. Самостоятельное родоразрешение возможно только при нормальных или больших размерах таза и небольшом (недоношенном) плоде при хорошей родовой деятельности. Период изгнания продолжительный, нередки осложнения: глубокие разрывы промежности, пузырно-влагалищные свищи вследствие длительного сдавления мягких тканей, асфиксия и гибель плода, разрывы матки.

Сразу после установления (или при подозрении) диагноза лобного предлежания (при влагалищном исследовании с одной стороны лобного шва прощупывается корень носа и надбровные дуги, с другой — только передний угол большого родничка) роженицу следует госпитализировать в родильный стационар, обслуживаемый врачом, который определяет по соотношению размеров таза и размеров плода дальнейшее ведение родов. Если лобное предлежание при доношенном плоде самопроизвольно не исправляется (переход в переднеголовное или лицевое), головка еще не вставилась, плод подвижен, открытие полное, производят поворот на ножку и извлечение плода. При отсутствии условий для поворота производят кесарево сечение. Если головка опустилась в полость малого таза, роды ведут выжидательно и при возникновении осложнений заканчивают обычно краниотомией.

При III степени разгибания ниже всех опускается лицевая часть головки — *лицевое предлежание*. Ведение родов выжидательное. При хорошей родовой деятельности и благоприятных соотношениях между тазом и плодом роды заканчиваются благополучно. В редких случаях наблюдается тяжелое осложнение — задний вид лицевого предлежания (подбородок поворачивается кзади, к крестцу, лоб — к симфизу). Самостоятельное родоразрешение невозможно, так как головка должна проходить через таз вместе с грудной клеткой. В этих случаях показано оперативное родоразрешение — кесарево сечение или перфорация головки.

Высокое прямое стояние головки — головка во входе в малый таз устанавливается швом в прямой размер входа. При благоприятном соотношении между размерами таза и головки последняя сильно сгибается и проходит в таком виде через все плоскости таза. Дойдя до дна, головка упирается областью подзатылочной ямки в лонную дугу и разгибается. Затылок может быть обращен к симфизу или к крестцу. Высокое прямое стояние головки осложняет течение родов: наступает слабость родовой деятельности, прекращается продвижение головки, сдавливаются мягкие ткани, наступает асфиксия плода.

Самостоятельное родоразрешение возможно только при нормальных размерах таза, хорошей родовой деятельности и небольшом плоде. При переднем виде высокого прямого стояния головки (затылок кпереди) роды чаще заканчиваются самопроизвольно, при заднем виде в большинстве случаев выполняют кесарево сечение, поворот на ножку, краниотомию.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА ТАЗОВОЕ. *Ягодичные предлежания* делятся на чисто ягодичные, когда ножки вытянуты вдоль туловища (согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных суставах), и смешанные ягодичные (ягодицы предлежат вместе со ступнями ножек, причем ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и несколько разогнуты в голеностопных). *Ножные предлежания* бывают полные — предлежат обе ножки и неполные — предлежит одна ножка. В редких случаях встречается коленное предлежание — предлежат согнутые колени.

Тазовые предлежания чаще встречаются у многорожавших, при двойнях, предлежаниях плаценты, миоматозных узлах в нижнем маточном сегменте, многоводии или маловодии.

Распознавание тазовых предлежаний основывается на данных наружного и влагалищного исследования. При наружном исследовании прощупывается над входом в малый таз крупная мягковатая часть, не способная к баллотированию. В дне матки определяется округлая, плотная, баллотирующая головка. Дно матки стоит выше, чем при головном предлежании в те же сроки беременности. Сердцебиение плода прослушивается выше или на уровне пупка (справа или слева в зависимости от позиции).

При влагалищном исследовании в родах определяется мягковатая часть, на которой прощупываются седалищные бугры, крестец, копчик, заднепроходное отверстие, половые части плода, при смешанном ягодичном предлежании — вместе с ягодичками одна или обе стопы. Ножные предлежания обычно распознать легко, надо только ошибочно не принять ножку за ручку (см. *Поперечные положения плода*).

Течение и ведение родов. Роды при тазовом предлежании стоят на грани физиологических и патологических. Женщин с тазовым предлежанием плода, особенно старше 30 лет, необходимо госпитализировать за 2 нед до родов. В родах нередко преждевременно и рано отходят воды, вследствие чего может выпасть пуповина (см. *Выпадение пуповины*). Иногда наблюдается слабость родовой деятельности. В период изгнания при прохождении через таз последующей головки происходит сдавление пуповины и, если роды затягиваются, наступает асфиксия и гибель плода. Могут наблюдаться запрокидывание ручек и задержка последующей головки.

В период раскрытия во избежание раннего разрыва плодного пузыря роженице не разрешается вставать. При слабости родовой деятельности назначают стимуляцию (см. *Слабость родовой деятельности*). Сразу после от-

хождения вод производят влагалищное исследование, чтобы уточнить диагноз и исключить выпадение пуповины.

В период изгнания следует тщательно следить за сердцебиением плода, проводить профилактику асфиксии плода (вдыхание кислорода, в/в раствор глюкозы, п/к кордиамин). Для предупреждения спазма шейки матки с момента врезывания ягодиц вводят 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата или спазмальгина. В связи с угрозой асфиксии плода и возможным оперативным родоразрешением необходимо приготовить все для оживления плода (см. *Асфиксия плода*), флакон с эфиром и маску. С момента врезывания роды ведут на поперечной кровати Рахманова (нижний конец кровати вдвигают под головной).

При родах в тазовом предлежании различают четыре этапа. При рождении плода *до пупка* роды ведут *строго выжидательно*. Как только плод родится до пупка (надо быть предельно внимательным), в этот момент пуповина неизбежно прижимается к костям таза вступившей в таз головкой. При хорошей родовой деятельности рождение верхнего отдела туловища и головки завершается быстро и вмешательства не требует. Туловище плода лишь поддерживают во избежание провисания его. Плод берут за ножки, не касаясь живота. Если после рождения до нижнего угла лопаток роды не заканчиваются в течение 2—3 мин, приступают к оказанию *классического ручного пособия* — совокупность приемов по освобождению ручек и головки.

Ручное пособие начинают с освобождения ручек, когда плод родился до нижнего угла лопаток. Правой рукой освобождают заднюю ручку, так как со стороны промежности и крестца ручка доступнее, чем со стороны симфиза. Каждую ручку освобождают одноименной рукой (правую — правой, левую — левой). Обе ножки захватывают за голени рукой и отводят вверх и в сторону противоположного пахового сгиба матери. Вытянутые II и III пальцы одноименной руки скользят по спинке плода вдоль позвоночника, к лопатке, плечику до локтевого сгиба. Затем, осторожно надавливая на верхнюю треть предплечья, делают «умывательное» движение, скользя по личику и грудной клетке книзу. После освобождения задней ручки туловище плода поворачивают на 180°, чтобы переднюю ручку превратить в заднюю. Для этого захватывают туловище плода в области грудной клетки двумя руками вместе с освобожденной ручкой, располагая первые пальцы вдоль позвоночника, остальные — на передней поверхности груди. Поворот делают так, чтобы спинка прошла под симфизом. После поворота освобождают вторую ручку так же, как и первую.

После освобождения ручек освобождают головку, для чего ту руку, которая освобождала вторую ручку плода, вводят по влагалище, плод сажают «верхом» на предплечье этой руки. Конец II пальца внутренней руки вводят в рот плода и этим пальцем способствуют сгибанию головки. Влекущей является наружная рука, II и III пальцы которой сгибают и вилообразно располагают по бокам шеи. Концы пальцев не должны надавливать на ключицы и надключичные ямки во избежание сдавления сосудов и нервов. Наружной рукой производят движения плода сначала кзади (книзу), а когда область подзатылочной ямки подойдет под симфиз, тракцию производят кпереди (кверху). При освобождении головки внимательно следят за состоянием промежности. При доношенном плоде у первородящих надо обязательно произвести перинеотомию. При чистом ягодичном предлежании и при ножных предлежаниях роды ведут по методу Цовьянова.

При осложнениях, угрожающих матери и плоду, приходится заканчивать роды извлечением плода. Показания к извлечению плода могут быть как со стороны матери (эклампсия, заболевания сердца и др.), так и со стороны плода (асфиксия плода, после поворота на ножку при полном открытии маточного зева). Условия: полное раскрытие маточного зева, вскрытие плодного пузыря, соответствие между размерами плода и таза матери.

Техника извлечения плода за ножку. *Первый момент*. Ножку захватывают всей рукой, лучше в области коленного сустава, выше и ниже его. Тракцию за ножку производят книзу. Вторую ножку не освобождают, она рождается самостоятельно. Извлечение книзу производят до тех пор, пока родится передняя ягодица и подвздошная кость подойдет под нижний край симфиза, затем переднее бедро захватывают обеими руками и поднимают кверху — над промежностью выкатывается вторая ягодица. После рождения второй ягодицы оба первых пальца кладут вдоль по крестцу плода, II палец располагают в заднем паховом сгибе, переднее бедро обхватывают четырьмя пальцами. Захватив тазовый конец таким образом, продолжают тракции вниз, до извлечения плода до пупка. *Второй момент*. В это время выпадает задняя ножка, ее захватывают, как и переднюю, и продолжают извлечение плода до нижнего угла лопаток. *Третий и четвертый моменты*. Извлечение плода производят так же, как освобождение ручек и головки при классическом ручном пособии.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ. См. *Эклампсия*.

ПУПОВИНЫ ОБВИТИЕ вокруг шеи, туловища, ножки, ручки. Особенно опасно тугое обвитие вокруг шеи. Обвитие пуповины в период изгнания ведет к натяжению пуповины, суживающему просвет пуповинных сосудов, и к асфиксии плода. При обвитии пуповины создается и относительное укорочение ее, что замедляет продвижение плода по родовому каналу и даже может вызвать преждевременную отслойку плаценты. Если возникает асфиксия плода вследствие обвития еще до рождения плода выполняют быстрое родоразрешение (полостные щипцы, перинеотомия).

После рождения головки, проводя пальцами по шейке плода, определяют, нет ли обвития пуповины. В случае обвития осторожно снимают петлю пуповины через головку. Если не удается снять пуповину или имеется очень тугое обвитие, на пуповину быстро накладывают два зажима и между ними ее перерезают

ножницами. Извлечение туловища плода проводят возможно быстрее.

РАЗРЫВ МАТКИ, ШЕЙКИ, ПРОМЕЖНОСТИ. Разрывы тела матки бывают полные, когда нарушается вся стенка матки и полость ее сообщается с брюшной полостью, и неполные — разрыв захватывает слизистую и мышечную оболочки без брюшины.

Различают самопроизвольные и насильственные разрывы. Первые являются следствием патологических изменений стенок матки, вторые — следствием неправильного вмешательства при родах, травмах и т. д. Причиной разрыва чаще всего бывает несоответствие между предлежащей частью плода и тазом матери, что наблюдается при узком тазе, неправильных предлежаниях (лобное, задний вид лицевого предлежания, крупный плод, гидроцефалия, поперечные и косые положения плода). Разрыв матки может произойти при патологических изменениях в стенке матки (рубцы после операции, повреждение матки после абортов, дегенеративные и воспалительные изменения стенки, инфантилизм).

Симптомы, течение. Разрывы матки предшествуют состоянию угрожающего разрыва матки, характеризующееся следующими симптомами: 1) родовая деятельность очень сильная, схватки иногда судорожного характера; 2) нижний сегмент матки перерастянут, истончен, болезненен при пальпации; 3) контракционное кольцо расположено высоко (доходит до уровня пупка) и косо; 4) круглые маточные связки сильно напряжены и болезненны; 5) отек шейки вследствие сдавления, который распространяется на влагалище и промежность; 6) мочеиспускание затрудняется, в моче примесь крови (сдавление уретры и мочевого пузыря); 7) сукровичные выделения из влагалища указывают, что повреждение тканей уже началось; 8) роженица возбуждена, беспокойна, жалуется на сильные боли.

При угрожающем разрыве в результате изменений стенки матки бурная родовая деятельность отсутствует, все остальные симптомы выражены менее отчетливо. Если при угрожающем разрыве не будет оказана срочная помощь, наступает разрыв матки, для клинической картины которого характерны: 1) сильные боли в животе («кинжальная» боль); 2) полное прекращение родовой деятельности; 3) тяжелое состояние роженицы из-за кровопотери и шока (бледные кожные покровы, черты лица заострены, пульс нитевидный, АД низкое, тошнота и рвота); 4) плод полностью или частично выходит в брюшную полость — части плода определяются непосредственно под брюшной стенкой, тело матки рядом с плодом, сердцебиение не прослушивается; 5) наружное кровотечение (обычно незначительное). При патологических изменениях в стенке матки разрыв происходит постепенно, боли может не быть, схватки прекращаются постепенно.

Лечение. Все женщины, у которых возможен разрыв матки, заблаговременно (за 2—3 нед) должны направляться в стационар под наблюдение врача. При возникновении угрожающего разрыва необходимо прекратить родовую деятельность и срочно закончить роды оперативным путем. Для прекращения родовой деятельности следует дать эфирный наркоз. Акушерка до приезда врача может ввести морфин (1—1,5 мл 1 % раствора). При живом плоде и отсутствии признаков инфекции показано кесарево сечение, при мертвом плоде производят плодоразрушающую операцию. Поворот и акушерские щипцы противопоказаны.

При наступившем разрыве матки срочно выполняют лапаротомию. Из брюшной полости удаляют плод, послед и кровь, а затем матку. Иногда разрыв зашивают (у молодых женщин при отсутствии инфекции). Одновременно с операцией ведут борьбу с анемией и шоком — переливание крови, сердечные средства, согревание и т. д.

Разрыв шейки матки. Различают самопроизвольный и насильственный разрывы шейки матки. Самопроизвольный разрыв наблюдается при ригидной шейке, чрезмерном растяжении шейки, быстрых родах, длительном сдавлении шейки при узком тазе. Насильственный разрыв образуется при оперативных родах.

Разрывы шейки матки опасны вследствие возникновения кровотечения, инфекции в послеродовом периоде (особенно незашитые разрывы). При заживлении незашитого разрыва формируются рубцы, способствующие выворо-ту шейки и образованию эрозий.

Симптомы, течение. После рождения плода возникает кровотечение. До рождения последа установить источник кровотечения трудно. После изгнания последа для разрыва шейки матки характерно постоянное кровотечение алой кровью при хорошо сократившейся плотной матке.

Лечение следует начать с осмотра шейки при помощи зеркал. Шейку матки подтягивают пулевыми щипцами или абортцангами ко входу влагалища, отводят в сторону, противоположную разрыву, и накладывают отдельные кетгутовые швы, не прокалывая слизистой оболочки шейки (швы следует накладывать начиная с верхнего угла разрыва).

Разрывы промежности. Различают три степени: при разрыве I степени нарушается задняя спайка (небольшой участок кожи промежности и стенки влагалища); при разрыве II степени — кожа промежности, стенка влагалища и мышцы промежности (кроме наружного сфинктера прямой кишки); при разрыве III степени (кроме указанных выше тканей) разрывается наружный сфинктер прямой кишки, а иногда и ее стенка. Разрывы промежности чаще наблюдаются у пожилых первородящих, при прорезывании головки и неправильных ее предлежаниях, большой головке, оперативных родах, узком тазе, неправильном ведении родов (преждевременное разгибание и быстрое прорезывание головки). При угрожающих разрывах промежности (промежность цианотична, отечна, а затем бледнеет и становится блестящей) производят перинеотомию (срединный разрез).

Зашивание разрыва производят при соблюдении всех правил асептики и анти-

септики. Швы накладывают под местной анестезией (раствор новокаина). На верхний край раны (во влагалище) накладывают шов, концы нитей которого захватывают зажимом и передают помощнику, два других зажима накладывают с обеих сторон на местах перехода разрыва со слизистой оболочкой влагалища на кожу промежности. Рану раскрывают и высушивают. При разрыве I степени накладывают кетгутовые швы на слизистую оболочку влагалища, а затем шелковые — на кожу. При разрыве II степени вначале накладывают шов на верхний угол раны, затем несколькими погружными швами соединяют мышцы промежности. После этого накладывают кетгутовые швы на слизистую оболочку влагалища до задней спайки, а на кожу промежности — шелковые. Линию швов смазывают настойкой йода. Швы снимают на 5—6-й день, на следующий день родильнице разрешают вставать.

При разрыве III степени операцию выполняют под общим обезболиванием. Зашивают стенку разорванной кишки, затем жом (сфинктер) заднего прохода. В дальнейшем швы накладывают, как при разрыве II степени. Ежедневно утром и вечером промежность обмывают слабым дезинфицирующим раствором, обсушивают стерильными ватными шариками. При необходимости линию швов присыпают порошком белого стрептоцида. На рану накладывают стерильную марлю, сложенную в несколько раз. Марлю меняют 4—5 раз в сутки (обязательно после каждого мочеиспускания и дефекации).

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ наблюдается в первые 2—3 мес беременности; бывает несколько раз в день и сопровождается тошнотой. Аппетит понижается, появляется слабость, раздражительность, сонливость. Заметного похудания беременной не отмечается. Общее состояние удовлетворительное, температура и пульс нормальные. Рвота беременных легко поддается лечению или проходит самопроизвольно. Редко рвота усиливается, приобретая неукротимый характер.

Неукротимая рвота — тяжелое заболевание, сопровождающееся выраженной интоксикацией и расстройством многих функций организма.

Симптомы, течение. Рвота до 20 раз и более в день независимо от приема пищи. Появляется отвращение к пище. Резко понижается масса тела; кожа сухая, дряблая, язык обложен, изо рта неприятный запах, иногда запах ацетона. Температура субфебрильная (без признаков инфекции), пульс учащается, АД падает. Больная страдает бессонницей, возбуждена или апатична. Диурез снижен, в моче ацетон, белок, цилиндры. В тяжелых случаях температура бывает высокой, пульс очень частым, отмечается желтушное окрашивание кожи, бред, выраженная альбуминурия.

Лечение обязательно стационарное с созданием обстановки полного покоя. Пища должна быть легкой (по выбору больной), принимается небольшими порциями в охлажденном виде. Назначают 40 % раствор глюкозы в/в по 40—60 мл или 5 % раствор глюкозы с изотоническим раствором хлорида натрия в клизмах капельно или для п/к введения (в день $1^1/_2$—2 л), витамины. Вводят 10 мл 10 % раствора бромида натрия в/в ежедневно 10—15 дней, одновременно п/к 1 мл 10 % раствора 2 раза в день. Проводят лечение удлиненным сном, назначая барбамил по 0,1—0,2 г или барбитал-натрий по 0,3—0,5 г 2—3 раза в день в течение 7—10 дней. Хорошее действие оказывают в/в введение 10 мл 10 % раствора хлорида кальция, повторные переливания (100—150 мл крови). В последнее время с успехом применяют в/м 1 мл 2,5 % раствора аминазина в 0,5 % растворе новокаина или внутрь в таблетках по 0,025 г 3 раза в день. При лечении аминазином нужно следить за АД. При гипотонии лечение аминазином противопоказано. Этаперазин предпочтительнее аминазина; назначают в таблетках по 0,002—0,004 г 2—3 раза в день. При лечении аминазином и этаперазином больные должны соблюдать постельный режим, так как возможны ортостатические коллапсы. При тяжелых формах показан спленин п/к или в/м по 1 мл 1—2 раза в день в течение 10—15 дней. При безуспешности лечения беременность должна быть прервана.

САНИТАРНЫЙ РЕЖИМ АКУШЕРСКОЙ КОЙКИ. Санитарно-гигиеническое содержание родильной койки играет большую роль в профилактике послеродовых инфекций. Кушетка в смотровой должна быть застелена клеенкой, которую необходимо обрабатывать дезинфицирующим раствором после осмотра каждой женщины. Перед обследованием каждой женщины стелят чистую подкладную пеленку.

В родильной комнате клеенчатый тюфяк после каждых родов протирают теплой мыльной водой для удаления крови, затем раствором ртути дихлорида (сулема) или лизоформа и накрывают чистой подкладной клеенкой, а под роженицу кладут стерильную пеленку. Подкладную клеенку моют в моечной комнате на установленной наклонной доске струей теплой воды с мылом и щеткой, затем обмывают раствором ртути дихлорида (сулема) и просушивают на специальной стойке. После выписки родильниц кровать и клеенки моют водой и дезинфицирующим раствором, матрацы, подушки и одеяла проветривают не менее суток. После выписки лихорадивших родильниц постельные принадлежности дезинфицируют.

Во II акушерском отделении, а также после лихорадивших или умерших родильниц обработку проводят особенно тщательно: койки моют и обрабатывают раствором ртути дихлорида, матрацы проветривают в течение 2 сут.

У каждой родильницы должно быть индивидуальное судно с номером, соответствующим номеру данной койки, которое кипятят раз в сутки, а каждый раз после пользования моют водой и дезинфицирующим раствором. После выписки родильницы судно дезинфицируют, для чего сначала ополаскивают водой под краном, а затем стерилизуют паром или кипятят. Белье, снятое с больной, должно находиться отдельно, перед отправкой в прачечную его

замачивают в растворе лизола в специальном баке с крышкой.

СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. Первичная слабость родовой деятельности — схватки с начала родов слабые, короткие, с большими паузами. Вторичная слабость — схватки хорошие, но впоследствии ослабевают в результате утомления и истощения сократительной деятельности матки.

Первичная слабость родовой деятельности наблюдается при общих заболеваниях, инфантилизме, неправильном строении половых органов (двурогая или однорогая матка), миомах матки, чрезмерном растяжении стенок матки (многоводие, многоплодие), преждевременном отхождении вод. Роды затягиваются, во время них могут возникнуть асфиксия плода, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Задержка в матке плаценты или ее части после родов способствует развитию послеродовых инфекционных заболеваний.

Л е ч е н и е. Рациональное питание, опорожнение мочевого пузыря, регулирование функции кишечника, воздействие на психику (устранение чувства страха). Если роженица утомлена, следует предоставить ей отдых на несколько часов (назначают 1 мл 2 % раствора промедола или дают «акушерский» наркоз эфиром), после чего родовая деятельность самостоятельно усиливается. В противном случае после отдыха необходимо приступить к стимуляции родов. При многоводии и многоплодии рекомендуется вскрытие плодного пузыря при открытии зева на 2—3 пальца (перерастяжение матки исчезает, стенки матки утолщаются, схватки усиливаются).

Методы стимуляции. Первая схема. Внутрь касторовое масло 60 г, через 2 ч очистительная клизма. После клизмы хинин по 0,2 г 6 раз каждые 30 мин. Через 15 мин после 3-го, 4-го, 5-го и 6-го приемов хинина п/к вводят по 0,25 мл питуитрина (4 раза). При целом плодном пузыре в начале родовой деятельности стимуляцию начинают с в/м введения 40 000—50 000 ЕД фолликулина или синэстрола.

Вторая схема. Касторовое масло 60 г, через час хинин по 0,2 г 5 раз через каждые 30 мин. После последнего приема хинина очистительная клизма, после клизмы в/в 50 мл 40 % раствора глюкозы и 10 мл 10 % раствора хлорида кальция. Одновременно в/м вводят 1 мл 6 % раствора витамина B_1.

Третья схема. Смесь из 50 г глюкозы, 2 г хлорида кальция, 0,5 г аскорбиновой кислоты, 0,03 г витамина B_1, 10 капель разведенной соляной кислоты и 150 мл воды — на один прием. Прием смеси можно повторить через 3 ч. Для стимуляции первичной и вторичной слабости родовой деятельности применяют также окситоцин в/в капельно (5 ЕД окситоцина в 500 мл 5 % раствора глюкозы). Введение следует начинать с 8 капель в минуту в течение 30 мин. Если повышенной чувствительности не выявлено, каждые 5—10 мин число капель увеличивают на 5 (но не больше чем 35—40 капель в 1 мин). Если окситоцин в течение 2 ч не усилит сокращение матки, дальнейшее его применение нецелесообразно. Одновременно с окситоцином назначают спазмолитики (апрофен, промедол, папаверин), лидазу в толщу шейки матки в период раскрытия вместе с новокаином (64 ЕД растворяют в 50 мл 0,25 % раствора новокаина).

Вторичная слабость родовой деятельности. Причины те же, что и при первичной. Имеют значение общее утомление роженицы и препятствия к продвижению предлежащей части плода (узкий таз, ригидная шейка матки, опухоли в области малого таза).

Л е ч е н и е. При полном открытии зева и стоянии головки в полости таза или на дне его можно ввести 1 мл питуитрина или 0,2 мл окситоцина в 20 мл 40 % глюкозы, которые быстро усиливают родовую деятельность. Применяя питуитрин или окситоцин, надо иметь наготове щипцы и ножницы для перинеотомии (возможность асфиксии плода). Питуитрин и окситоцин противопоказаны при узком тазе, неполном открытии зева, перерастяжении нижнего маточного сегмента, нефропатии, преэклампсии и эклампсии. При противопоказаниях к применению питуитрина и окситоцина, а также при головке, стоящей в полости таза, накладывают акушерские щипцы. Если вторичная слабость родовой деятельности наступает при неполном открытии маточного зева, следует дать роженице возможность отдохнуть, а затем стимулировать родовую деятельность. При слабых потугах вводят в/м также 3—5 мл 3 % раствора пахикарпина. При слабых потугах, обусловленных неполноценностью брюшного пресса, применяют бинт Вербова. Акушерка и санитарка садятся справа и слева и во время потуги стягивают бинт, между потугами — расслабляют. Для профилактики кровотечения в последовом периоде в конце периода изгнания в/м вводят 1 мл метилэргометрина или продолжают введение окситоцина.

СЛЮНОТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ сочетается обычно с рвотой беременных, но иногда может быть в виде самостоятельного токсикоза I половины беременности. Количество выделяемой слюны иногда достигает 1 л в сутки.

Л е ч е н и е такое же, как при рвоте беременных. При сильном слюнотечении применяют дополнительно небольшие дозы атропина (по 0,0005 г 2 раза в день), полоскание полости рта вяжущими растворами.

СРОК БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ (ОПРЕДЕЛЕНИЕ). Беременность у женщины в среднем продолжается 280 дней, т. е. 40 нед, или 10 акушерских месяцев. Нередко беременность продолжается меньше этого срока (230—240 дней). Для более точного определения срока беременности и родов необходимо: 1) брать беременных женщин на учет в самые ранние сроки беременности и обследовать их 1—2 раза в месяц; 2) учитывать анамнестические данные в совокупности с данными проводимого обследования.

Для вычисления срока родов к 1-му дню последней менструации прибавляют 280 дней, т. е. 10 акушерских, или 9 календарных, месяцев и 7 дней. Обычно расчет производят проще — от даты 1-го дня последней менструации отсчитывают назад 3 календарных месяца и

прибавляют 7 дней. Например, если последняя менструация началась 11.12, то, отсчитав 3 мес назад (11.11, 11.10, 11.09) и прибавив 7 дней, определяют, что срок родов должен быть 18.09. При определении срока беременности и родов учитывают время первого шевеления плода. У первобеременных это бывает в 20 нед, у повторнородящих — в 18 нед. К дате первого шевеления плода у первобеременных прибавляют 5 акушерских месяцев (20 нед), у повторнородящих — $5^1/_2$ акушерских месяцев (22 нед). Шевеление плода — субъективный признак, который учитывается как вспомогательный.

Для определения срока беременности большое значение имеют данные объективного обследования: величина и форма матки, объем живота, длина плода, размеры его головки. В первые 3 мес беременности ее срок определяют по величине матки, после 4 мес — по высоте стояния дна матки. Позднее измеряют объем живота и размеры внутриутробного плода. В конце I акушерского месяца величина матки соответствует приблизительно куриному яйцу, в конце II месяца — гусиному яйцу, в конце III месяца матка достигает размеров головки новорожденного. Начиная с IV месяца о величине матки судят по высоте стояния дна матки. В конце IV месяца (16 нед) дно матки расположено на середине между лобком и пупком (на 4 поперечных пальца выше симфиза). К концу V месяца (20 нед) находится на 2 поперечных пальца ниже пупка; к концу VI месяца (24 нед) — на уровне пупка, в конце VII месяца (28 нед) — на 2—3 пальца выше пупка, в конце VIII месяца (32 нед) — посередине между пупком и мечевидным отростком. Пупок начинает сглаживаться, окружность живота на уровне пупка равна 80—85 см. В конце IX месяца (36 нед) дно матки стоит у мечевидного отростка (наивысший уровень стояния матки), окружность живота 90 см, пупок сглажен. К концу X месяца (40 нед) дно матки определяется на уровне VIII месяца (на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком). Пупок выпячен, окружность живота 95—98 см.

При одинаковом стоянии дна матки в VIII и X акушерских месяцев окружность живота различна, положение головки различно: на VIII месяце головка стоит высоко над входом в малый таз; на X месяце, как правило, она опущена, а у первобеременных прижата или малым сегментом находится во входе в малый таз.

О сроке беременности судят по измерению высоты стояния дна матки сантиметровой лентой (табл. 7).

Длину плода измеряют тазомером: одну пуговку тазомера ставят на нижний полюс головки, другую — на дно матки, полученную величину умножают на 2 и из нее вычитают 2—3 см (в зависимости от толщины брюшной стенки). Установив длину плода, делят это число на 5 и получают срок беременности (во II половине).

Головку плода измеряют тазомером: пуговки тазомера устанавливают на наиболее выступающих точках головки (обычно лобике и затылке). Лобно-затылочный размер головки на VIII месяце в среднем равен 9,5 см, в конце IX месяца — 11 см, в конце X месяца — 11,5—12 см.

ТАЗ ЖЕНСКИЙ. Нормальный женский таз имеет постоянные величины от входа до выхода (табл. 8).

О размерах малого таза судят по размерам большого, которые измеряют тазомером. Женщина лежит на спине, акушерка стоит лицом к ней. Вторыми пальцами прощупывают определенные точки, расстояние между которыми измеряют, прижимая к ним пуговки тазомера.

Таблица 7

Высота стояния дна матки в различные сроки беременности

Срок беременности, мес	Дно матки над лоном, см	Срок беременности, см	Дно матки над лоном, см
IV	6—7	VIII	28—30
V	12—13	IX	32—34
VI	20—24	X	28—32
VII	24—28		

Таблица 8

Основные размеры малого таза

Размеры малого таза	Размеры таза, см		
	прямой	поперечный	косой
Вход в таз	11	13	12
Широкая часть полости таза	12,5	12,5	—
Узкая часть полости таза	11	10,5	—
Выход из таза	9,5—11,5	11	—

Расстояние между передневерхними остями подвздошных костей (distantia spinarum) в норме равно 25—26 см, расстояние между наиболее удаленными точками гребней подвздошных костей (distantia cristarum) составляет 28—29 см, между большими вертелами бедренных костей (distantia trochanterica) равно 30—31 см, расстояние между верхненаружным краем симфиза и надкрестцовой ямкой (под остистым отростком V поясничного позвонка) — наружная конъюгата (conjugata externa) равна 20—21 см. Для определения наружной конъюгаты женщина ложится на бок, нижнюю ногу сгибает в тазобедренном и коленном суставах и поджимает колено к животу, верхнюю ногу вытягивает. По наружной конъюгате судят об истинной (прямой размер входа), для чего из размера наружной конъюгаты вычитают 9 см. Истинную конъюгату более точно можно установить по диагональной конъюгате [расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выступающей точки мыса крестца (13 см)]. Определяют при влагалищном исследовании. Чтобы получить величину истинной конъюгаты, следует из размера диагональной конъюгаты вычесть 1,5—2 см (в зависимости от высоты мыса и наклонения лонного соединения). При высоком симфизе и низком расположении его относительно мыса крестца из величины диагональной конъюгаты вычитают 2 см. Важное значение имеет узкий таз.

Узкий таз — один или несколько размеров которого уменьшены (анатомически узкий таз). Анатомически узкий таз не всегда служит препятствием для родов. Практическое значение имеет клинически узкий таз, т. е. таз, являющийся препятствием для нормального течения данных родов. При этом основную роль играет несоответствие между головкой плода и тазом матери, что, кроме резких степеней сужения таза, наблюдается при неблагоприятных вставлениях головки, плохой способности головки к конфигурации и недостаточной родовой деятельности (в сочетании с нерезко выраженным анатомическим сужением таза или даже без сужения).

Наиболее частыми причинами анатомических сужений таза являются недоразвитие и рахит. По величине истинной конъюгаты различают четыре степени сужения таза (табл. 9).

Первая степень сужения — истинная конъюгата меньше 11 см или больше 9 см. Роды в большинстве случаев заканчиваются самопроизвольно.

Вторая степень сужения — истинная конъюгата равна 9—7,5 см. Самопроизвольные роды также возможны при сочетании средних размеров головки, ее способности к конфигурации и хорошей родовой деятельности. Чаще, чем при первой степени, прибегают к оперативному родоразрешению.

Третья степень сужения — истинная конъюгата равна 7,5—6 см. Роды естественным путем доношенным плодом невозможны. Извлечение плода через естественные родовые пути возможно только при помощи плодоразрушающих операций. При живом плоде делают кесарево сечение.

Четвертая степень сужения — истинная конъюгата 6 см и меньше. Родоразрешение через естественные родовые пути невозможно даже при помощи плодоразрушающих операций. Родоразрешение возможно только путем кесарева сечения.

Течение беременности и родов. Головка плода в конце беременности остается подвижной над входом в малый таз, дно матки вследствие этого стоит высоко. Живот отвислый или остроконечный. Из-за отсутствия фиксации головки плод подвижен, поэтому нередки тазовые предлежания, поперечные и косые положения его. Подвижность головки способствует формированию разгибательных предлежаний. Часто наблюдается преждевременное отхождение вод.

В I периоде родов наблюдается раннее отхождение вод, возможно выпадение мелких частей плода. Часто развивается первичная или вторичная слабость родовой деятельности. Роды, как правило, затяжные. В период изгнания головка длительно стоит во входе или в полости малого таза, вследствие чего происходит сдавление мягких родовых путей, мочевого пузыря и прямой кишки. В результате нарушения кровообращения (сдавление) может наступить омертвение тканей. Некротические ткани на 5—7-й день после родов отторгаются и образуются свищи (мочеполовые или прямокишечно-влагалищные). Критериями сдавления тканей являются отек шейки матки, затрудненное мочеиспускание, примесь крови в моче.

Таблица 9

Основные размеры различных форм суженных тазов (в сантиметрах)

Форма таза	Distantia spinarum	Distantia cristarum	Distantia trochanterica	Conjugata externa	Conjugata diagonalis	Conjugata vera
Нормальный	26	29	31	20	13	11
Общеравномерносуженный	23	26	28	18	11	9
Плоский	26	28	31	18	11	9
Плоский рахитический	26	26	31	18	10	8
Общесуженный рахитический плоский	23	24	28	16,5	9,5	7,5

Продолжительные роды, резкое сдавление костей черепа плода могут привести у внутриутробного плода к асфиксии и кровоизлияниям в мозг. Из-за продолжительных часто «сухих» (без вод) родов послеродовые инфекции при узком тазе возникают чаще, чем при нормальном.

Самостоятельному родоразрешению при узком тазе способствуют варианты механизмов родов, характерные для разных форм узких тазов. При общеравномерносуженном тазе головка, чтобы пройти через таз, сильно сгибается, вступая в таз наименьшим размером (от темени до подзатылочной ямки), и стреловидный шов располагается в одном из косых размеров входа. При плоскорахитическом тазе наблюдается длительное стояние стреловидного шва в поперечном размере входа в малый таз, небольшое разгибание головки (наименьший размер — истинную конъюгату — головка проходит своим наименьшим размером, малым поперечным). Кроме того, происходит асинклитическое вставление головки (чаще передний асинклитизм), когда передняя теменная кость постепенно опускается в полость малого таза, а стреловидный шов располагается ближе к мысу. При общесуженном плоском тазе роды протекают по типу общеравномерносуженного или плоского в зависимости от того, какая форма преобладает.

Ведение родов. Беременные с узким тазом за 2—3 нед до родов должны быть направлены в стационар, обслуживаемый врачом. Если беременная не была госпитализирована во время беременности и поступила в родах, должен быть срочно вызван врач.

При III и IV степени сужения в конце беременности или в начале родов производят кесарево сечение. При I и II степени сужения роды ведут выжидательно, наблюдают за состоянием матери и плода, родовой деятельностью, продвижением головки. После отхождения вод тотчас делают влагалищное исследование. *(Возможно выпадение мелких частей!)*. При затруднении мочеиспускания выпускают мочу катетером и смотрят, нет ли примеси крови в моче (см. *Разрывы матки*). При слабости родовых сил назначают стимулирующие средства (см. *Слабость родовой деятельности*). В период изгнания может возникнуть угрожающий разрыв матки (см. *Разрыв матки*). Внимательно следят за продвижением головки, определяют соответствие между тазом матери и головкой плода (после фиксации головки ко входу в малый таз). Ладонь исследующей руки кладут на поверхность симфиза и скользят кверху, на предлежащую головку. Если передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза, имеется несоответствие между тазом и головкой и самостоятельное родоразрешение невозможно. Если передняя поверхность головки находится на уровне симфиза, имеется незначительное несоответствие, при котором самостоятельно роды могут закончиться только при условии хорошей родовой деятельности и способности головки к конфигурации. При полном соответствии передняя поверхность головки находится ниже плоскости симфиза и роды обычно заканчиваются самостоятельно.

При несоответствии головки и размеров таза делают кесарево сечение. Показаниями к кесареву сечению служат также угрожающий разрыв матки, опасность развития свищей, неблагоприятные вставления головки. При мертвом плоде делают плодоразрушающие операции.

ТРЕЩИНЫ СОСКОВ. Обычно возникают в период кормления. Способствует образованию трещин неправильная техника кормления, когда ребенок берет сосок без околососкового кружка (правильная техника кормления особенно важна в первые сутки прикладывания ребенка к груди).

С целью предупреждения трещин рекомендуют во время беременности подготавливать молочные железы к кормлению (см. *Гигиена беременной*). Перед каждым кормлением необходимо обмывать молочные железы теплой кипяченой водой, соски обтирают 60—70 % этиловым спиртом, а после кормления смазывать вазелиновым маслом. При образовании трещин после каждого кормления следует их смазывать 1 % спиртовым раствором метиленового синего, на соски накладывают салфетку с синтомициновой эмульсией. Перед кормлением эмульсию следует смыть.

ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО. После перевязки пуповины ребенка переносят на теплый пеленальный столик (пеленальный стол должен иметь хорошо моющееся покрытие, на его бортике закрепляют сантиметровую ленту длиной 60 см). На ручку ребенка надевают браслетку с обозначением пола, даты и часа рождения, имени, отчества и фамилии матери, номера истории родов. Обрабатывают пуповину, измеряют рост и массу новорожденного, затем пеленают и поверх одеяла надевают резиновый «медальон» с обозначением фамилии матери, пола ребенка и номера истории родов. После пеленания ребенка переводят в детское отделение (или палату), где сестра отделения сличает номера на браслетке и «медальоне», проверяет по истории развития новорожденного рост и массу, осматривает повязку на культе пуповины. В дальнейшем осмотр ребенка производят 2 раза в сутки, проверяют все складки кожи, где легко возникают опрелости, повязку на пуповине, измеряют температуру. Лицо ребенка обмывают ваткой, смоченной кипяченой водой или 2 % раствором борной кислоты, глаза промывают 2 % раствором борной кислоты (каждый глаз отдельным ватным шариком). Носовые отверстия осторожно протирают ватным жгутиком с вазелиновым маслом.

После мочеиспускания и дефекации нижнюю часть тела ребенка обмывают струей воды, тщательно высушивают прикладыванием (не протиранием) пеленки, кожу ягодиц и паховых складок смазывают вазелиновым маслом. Если при осмотре кожи обнаруживают участки покраснения, их смазывают стерильным вазелиновым или подсолнечным маслом. При появлении мацерации рекомендуется смазывание 3 % раствором перманганата калия и припудривание порошком (Acidum boricum

1 г, Bismuthi subnitras 5 г, Zinci oxydum 5 г, Talcum veneti 50 г, Amylum tritici 50 г).

При возникновении на коже гнойничков ребенка следует изолировать, а каждый гнойничок смазать 0,04 % спиртовым раствором грамицидина.

Перевязку пуповины производят после прекращения пульсации ее сосудов, обычно через 2—3 мин после рождения. Перевязка пуповины тотчас после рождения лишает новорожденного 50—100 мл крови, которая при сохраненной пульсации поступает в сосудистую систему плода из плаценты. Пуповину перевязывают и пересекают в асептических условиях, для чего пуповину на расстоянии 10—12 см от пупочного кольца протирают стерильным шариком, смоченным 95 % этиловым спиртом, и захватывают двумя зажимами Кохера. Между зажимами пуповину пересекают тупоконечными ножницами. Материнский конец пуповины перевязывают шелковой ниткой или оставляют на нем зажим Кохера. Детский конец пуповины обрабатывают еще раз этиловым спиртом, завертывают в стерильную марлевую салфетку и дальнейшую обработку пуповины выполняют на теплом пеленальном столике, куда переносят ребенка.

Тщательно вторично обработав руки, детский конец пуповины протирают этиловым спиртом и перевязывают стерильной тесемкой или толстой шелковой ниткой на расстоянии $1^1/_2$—2 см от пупочного кольца. Концы лигатуры один раз завязывают на одной стороне пупочного канатика, второй раз — на противоположной. После этого отсекают конец пуповинного остатка на расстоянии 2—3 см выше места перевязки, поверхность разреза смазывают 10 % йодной настойкой. Пуповинный остаток завертывают сухой стерильной марлевой салфеткой, концы которой завязывают у пупочного кольца. Пуповинный остаток, завернутый в салфетки, можно прибинтовать к животу. Стерильную лигатуру, марлю, бинт, вату, палочку с ватным тампоном для йода, ленту длиной 60 см из медицинской клеенки для измерения новорожденного подготавливают для каждого новорожденного и хранят в отдельном индивидуальном пакете.

Пеленание. У доношенных новорожденных при пеленании в первые дни покрывают головку и ручки. В дальнейшем ручки и головку оставляют открытыми. С 3—4-го дня на ребенка надевают распашонку, запахивающуюся сзади, теплую кофточку с длинными, зашитыми на концах рукавами. Под нижнюю часть тела кладут подгузник (квадратная пеленка, сложенная в виде треугольника), разостланный на пеленках. Под пеленкой находится одеяло. Широкое основание подгузника достигает поясницы, нижние кончики протягивают между ножками, наружные завертывают вокруг туловища. Обертывают туловище ребенка большой мягкой пеленкой, затем теплой пеленкой и одеялом. Между легкой и теплой пеленкой кладут небольшую белую клеенку. Клеенку лучше заменить пеленкой, сложенной 6—8 раз. Новорожденного пеленают на пеленальном столике, на тонком матраце, который обшит со всех сторон клеенкой. Клеенку после каждого ребенка протирают 2 % раствором лизола или лизоформа (мыльный раствор формальдегида), 1 % раствором хлорамина.

ЭКЛАМПСИЯ, ПРЕЭКЛАМПСИЯ. Возникает при отсутствии правильного лечения нефропатии.

Симптомы, течение. Кроме типичной для нефропатии триады симптомов (отеки, гипертензия, альбуминурия), возникают головная боль, расстройство зрения (пелена перед глазами, мелькание мушек и т. д.) и боль в подложечной области, иногда рвота, бессонница, подавленное настроение. Преэклампсия в любой момент может перейти в эклампсию — высшую стадию развития позднего токсикоза.

Для эклампсии типичны припадки судорог. Перед началом припадка головная боль обычно усиливается, зрение ухудшается, АД повышается. Вначале появляется мелкое подергивание мышц лица, веки закрываются, видны только белки глаз, углы рта опускаются. Затем происходит тетаническое сокращение мышц всего тела; туловище напрягается, дыхание прекращается, лицо синеет (тонические судороги). После тонических судорог начинаются подергивания мышц лица, туловища и конечностей (клонические судороги). Судороги постепенно ослабевают, появляется хриплое дыхание. Каждый припадок продолжается 1—2 мин. Сознание возвращается постепенно, иногда новый припадок может возобновиться, когда больная еще не пришла в сознание. Число припадков бывает различным: от 1—2 до 10 и больше. После родов припадки, как правило, прекращаются. Эклампсия опасна для матери и плода. Во время припадка могут возникнуть прикусывания языка, переломы, ушибы. Иногда наблюдаются анурия, аспирационная пневмония, психозы. Беременная может погибнуть даже во время первого припадка. Причины гибели: кровоизлияние в мозг, асфиксия, отек легких, падение сердечной деятельности.

Лечение. Строжайший покой с устранением всех видов раздражителей — зрительных, слуховых, тактильных и болевых. Туалет больной при поступлении, наружное и влагалищное исследование, катетеризацию, инъекции, кровопускание и все другие манипуляции производят под легким эфирным наркозом на фоне закисно-кислородного наркоза или фторотана. Больная должна находиться в отдельной комнате с затемненными окнами, где не должно быть шума, лишних движений, громкого разговора и созданы условия для интенсивной терапии. Около больной должен быть установлен отдельный пост (акушерка). Длительный лечебно-охранительный режим обеспечивают путем комплексного применения нейролептиков (10 мг дроперидола в 20 мл 40 % раствора глюкозы), седативных (10 мг диазепама), антигистаминных (дипразин — 1—2 мл 2,5 % раствора) средств.

Во время припадка между коренными зубами необходимо ввести роторасширитель, шпатель или просто рукоятку ложки, обернутую марлей, чтобы больная не прикусила язык. Предупреждают резкие движения больной во избежание переломов. Как только появился

вдох, дают кислород до исчезновения цианоза лица. Следует удалить слюну из полости рта. При нарушении дыхания рекомендуется перейти на вспомогательное дыхание или на искусственную вентиляцию легких (*только врач!*).

Внутримышечно вводят 25 мл 25 % раствора сульфата магния через каждые 6 ч (больше 25 г чистого препарата в сутки вводить нельзя) или по 20 мл этого раствора 5 раз в сутки. Вместо сульфата магния иногда назначают аминазин (обычно в/в 1 мл 2,5 % раствора в 40—60 мл 40 % раствора глюкозы 1—2 раза в сутки или в/м 1 мл 2,5 % раствора в растворе новокаина также 1—2 раза в сутки, не больше 2—3 дней). Больные после введения аминазина должны находиться в горизонтальном положении (опасность развития коллапса). Вводят в/в по 30—50 мл 40 % раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой (0,2 г) 2—3 раза в день. Для снижения АД применяют 6 мл 0,5 % раствора дибазола, 2 мл 2 % раствора папаверина, 100—200 мл арфонада. Для дезинтоксикации, увеличения диуреза в качестве корригирующей терапии назначают глюкозо-новокаиновую смесь (200 мл 20 % раствора глюкозы, 200 мл 0,5 % раствора новокаина, 15 ЕД инсулина), белковые препараты (200 мл концентрированной плазмы, 200—400 мл протеина), 400 мл реополиглюкина, 400 мл гемодеза. Диуретический эффект достигается путем введения каждые 3—4 ч 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина в 20 мл 40 % раствора глюкозы. Форсированный диурез вызывают в/в введением маннитола в дозе 1—1,5 г/кг. Для поддержания сердечно-сосудистой деятельности назначают 1—2 мл кордиамина, 1 мл 0,06 % раствора коргликона. Вводят витамины и кортизон (до 60 мг/сут). Всю терапию проводят под строгим контролем АД и диуреза. В первые сутки — голодная диета, в последующие — молочно-растительная. Родоразрешение должно быть по возможности быстрым и бережным.

Эклампсию (преэклампсию) лечит врач. Если припадок начался дома или в колхозном родильном доме, к больной срочно вызывают врача, которого нужно сразу поставить в известность о случившемся. Но еще до приезда акушерка обязана начать лечение. После родов женщины, перенесшие эклампсию, нуждаются в особо внимательном уходе и последующем длительном наблюдении в женской консультации.

Профилактика эклампсии и преэклампсии заключается в систематическом и тщательном наблюдении за беременной, своевременном выявлении и рациональном лечении всех предшествующих форм позднего токсикоза (водянки беременных, нефропатии).

ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Для предупреждения беременности применяются механические и химические средства. Противозачаточные средства должны быть безвредны для организма.

К механическим противозачаточным средствам относятся мужские и женские презервативы. Шеечные презервативы закрывают наружный маточный зев и преграждают проникновение сперматозоидов в полость матки. Наиболее распространенная модель шеечных презервативов — колпачок Кафки. Он изготовляется из алюминия различных размеров. Для рожавших женщин рекомендуются размеры 8, 9, 10 и 11. Надежность предохранения зависит от точности подбора. Колпачок надевают на II палец правой руки и выпуклой частью вводят по задней стенке влагалища до шейки матки. Когда колпачок коснется шейки, палец извлекают, колпачок поворачивают и надвигают на шейку. Колпачок должен охватывать шейку со всех сторон и сидеть на ней глубоко, чтобы не было соскальзывания при половом акте. Его следует снимать с шейки каждые 3 дня и подвергать стерилизации. Надевать колпачок можно не ранее 3 дней после менструации, а снимать не позднее чем за 3—4 дня до ее наступления. Лучше же колпачок надевать при помощи инструментов. Шейку обнажают при помощи зеркал, вытирают от слизи и выделений и на хорошо видимую шейку надевают колпачок, захваченный большим анатомическим пинцетом. Противопоказанием к назначению колпачка являются воспаление (даже незначительное) шейки матки, влагалища и перенесенные ранее воспалительные процессы половых органов.

Губки и тампоны пропитывают раствором слабых кислот и других веществ, подавляющих жизнедеятельность сперматозоидов. Тампоны делают из гигроскопической ваты, перевязывают тесьмой, один конец которой длинный (служит для извлечения из влагалища). Губки и тампоны пропитывают 2 % раствором молочной кислоты, раствором столового уксуса (одна столовая ложка столового уксуса на стакан воды). Их вводят глубоко во влагалище, после полового акта извлекают и производят спринцевание каким-либо дезинфицирующим раствором (слабым раствором перманганата калия, раствором молочной кислоты).

К химическим противозачаточным средствам относят специальные пасты («преконсоль»), шарики, таблетки, в состав которых входят сперматоксические вещества: хинин, хинозол, грамицидин, борная кислота, молочная кислота. Пасты и шарики вводят приблизительно за 5 мин до сношения. Рекомендуются готовые влагалищные шарики. Большой эффективностью обладает грамицидиновая паста (1:400). Паста обладает бактерицидным, бактериостатическим действием, не раздражает слизистых оболочек влагалища и шейки, легко смывается.

За последние годы в качестве противозачаточных средств применяют синтетические эстроген-гестагенные препараты (оральная контрацепция) и внутриматочные противозачаточные средства (ВМС). Эти контрацептивы, особенно ВМС, удовлетворяют основным требованиям, предъявляемым к противозачаточным средствам:

обладают максимальной эффективностью, просты в применении, относительно безвредны, не вызывают отрицательных эмоций.

К оральным контрацептивам относят комбинированные эстроген-гестагенные препараты, содержащие небольшие дозы эстрогенов и гестагенов. Широкое применение получили инфекундин, бисекурин, нон-овлон. Оральные контрацептивы женщины начинают применять на 5-й день менструального цикла по 1 таблетке в день в течение 21 дня. По окончании приема через 1—2 дня наступает менструальноподобная реакция. Очень важно принимать таблетки ежедневно. Если произошел пропуск в 1 день, на следующий день надо принять 2 таблетки. С помощью комбинированных эстроген-гестагенных препаратов можно задержать наступление очередной «менструации», продолжая ежедневный прием контрацептивных препаратов по окончании 3-недельного курса (такая необходимость возникает иногда у спортсменок в период соревнований).

Противопоказания: перенесенные тромбофлебиты и склонность к тромбозам, варикозное расширение вен, заболевания печени, опухоли половых органов и молочных желез, гипертония, тяжелые пороки сердца, ожирение, диабет, ревматизм, аллергия, депрессия, бронхиальная астма.

Внутриматочная контрацепция — метод предупреждения беременности основан на введении в полость матки ВМС (чаще в виде «петли», Т-образные спирали). Чаще всего в последние годы применяют ВМС, включающие в себя медь, пластиковые с силиконовыми капсулами, содержащими прогестерон, «петли» с бактерицидной оплеткой нескольких размеров. Введение ВМС производит только специально обученный врач. ВМС вводят на 4—7-й день менструального цикла, после аборта — после очередной менструации, после родов — не раньше чем через 3 мес.

Противопоказания: острые и подострые воспалительные процессы, злокачественные новообразования и множественные миомы матки с деформацией полости, нарушения менструальной функции. Целесообразно через каждые 2 года извлекать ВМС и через 2—3 мес вводить новый. Продолжительное применение одного и того же средства нецелесообразно.

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ

КОНСУЛЬТАЦИЯ ЖЕНСКАЯ — ведущее звено в системе медицинских учреждений. Основная задача консультации состоит в заботе о здоровье женщины во все периоды ее жизни. Консультация работает по принципу диспансерного наблюдения за состоянием здоровья женщин. Женские консультации входят в состав родильных домов, поликлиник, медико-санитарных частей промышленных предприятий. Территорию обслуживания городской консультации делят на участки с численностью населения 8000 человек. В консультациях ведут медицинскую документацию по формам, установленным МЗ СССР. К основным учетным документам относятся «Индивидуальная карта беременной и родильницы», «Обменная карта» и др.

Организация обслуживания беременных включает: 1) раннее взятие на учет беременных женщин (до 12 нед) и при посещении ими консультации при нормальном течении беременности в I половине не реже 1 раза, во II половине беременности — не реже 1 раза в 2 нед, с 32-й недели — еженедельно; 2) обследование и наблюдение за женщинами в течение беременности, направление в стационар при показаниях; 3) помимо опроса и акушерского обследования, каждый раз производят измерение АД, анализ мочи (в I половине беременности ежемесячно, затем 2 раза в месяц, а при наличии показаний — чаще). Общий анализ крови делают в начале, середине и конце беременности, обязательно исследуют кровь на резус-фактор и реакцию Вассермана; 4) при экстрагенитальных заболеваниях наблюдение и лечение совместно со специалистом; 5) правовые консультации; 6) психопрофилактическую подготовку к родам.

Организация обслуживания родильниц. После выписки из акушерского стационара наблюдение за состоянием здоровья женщины осуществляет женская консультация, новорожденного — детская поликлиника. Желательно, чтобы после родов женщина посетила консультацию через неделю после выписки и вторично через месяц (если нет показаний к более частому посещению). Врач оформляет послеродовой отпуск, направляет женщину при необходимости к другим специалистам. При заключительном осмотре перед снятием с диспансерного учета производят бимануальное исследование и осмотр шейки матки при помощи зеркал.

Организация обслуживания гинекологических больных. Основная задача — профилактика гинекологической заболеваемости путем повышения санитарной культуры населения, обучение гигиеническим навыкам, предупреждение абортов, раннее выявление гинекологических заболеваний, оказание квалифицированной помощи и диспансерное наблюдение за больными, направление больных в стационар. Большое значение имеют профилактические осмотры, целью которых является активное выявление женщин, нуждающихся в наблюдении и лечении.

Патронажное наблюдение беременных, родильниц и гинекологических больных имеет целью выяснение состояния здоровья при неявке к врачу, проверка правильности выполнения назначений врача, выявление условий жизни беременной (больной). Особую роль играет патронаж женщин, которые должны быть госпитализированы.

Санитарно-просветительную работу выполняют в плановом порядке вра-

чи и средний медицинский персонал. В практике работы женских консультаций большое значение имеют «Школы матерей», «Школы отцов», работа в старших классах школ, дворцах бракосочетаний и загсах.

КОЛХОЗНЫЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ является акушерским учреждением с постоянными койками, которое организуется для оказания стационарной медицинской помощи при родах колхозницам. Руководство организацией колхозного родильного дома осуществляет районный отдел здравоохранения.

При организации родильного дома правление колхоза обязано: 1) выстроить помещение или выделить помещение после предварительного ремонта и предоставить акушерке помещение для жилья; 2) регулярно снабжать родильный дом топливом и обеспечивать транспортом для перевозки рожениц; 3) обеспечивать женщин, находящихся в родильном доме, питанием; 4) выделить для обслуживания родильного дома санитарку, которой за работу начисляют трудодни по решению общего собрания колхозников.

Районный отдел здравоохранения назначает для работы в колхозном родильном доме опытную акушерку и выплачивает ей заработную плату. Он же снабжает родильный дом медицинским оборудованием, инструментами и медикаментами за счет средств колхоза, осуществляет руководство и контроль за работой родильного дома.

В колхозном родильном доме должны быть следующие помещения: теплая прихожая, смотровая, где производят осмотр поступающей роженицы и ее санитарно-гигиеническая обработка, родовая палата, комната, где находятся женщины после родов, а также новорожденные (кроватки новорожденных должны быть расположены как можно дальше от кроватей матерей), кухня, теплая уборная. Кроме того, должна быть изолированная комната для амбулаторного приема беременных, родильниц и гинекологических больных (консультация).

К каждому родильному дому прикреплен врач участковой больницы, который руководит работой родильного дома и осуществляет контроль за его деятельностью. Врач выезжает не реже раза в месяц сам и по специальному вызову акушерки.

Основные обязанности акушерки колхозного родильного дома: 1) выявление и учет всех беременных и систематическое наблюдение за ними; 2) выявление беременных, нуждающихся в консультации врача и госпитализации; 3) полный охват всех рожениц помощью в родах в родильном доме, в родильном отделении участковой больницы или районной больницы и только в исключительных случаях на дому (при невозможности приезда в родильный дом); 4) патронаж беременных, родильниц и детей до года; 5) выявление гинекологических больных и направление их к врачу; 6) санитарно-просветительная работа.

Глава 7

ГИНЕКОЛОГИЯ

АДНЕКСИТ. См. *Сальпингоофорит*

АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ (АГС) — генетически обусловленное врожденное заболевание. При АГС имеется недостаточность ферментной системы 21-гидроксилазы в коре надпочечников, что ведет к недостатку образования кортизола и увеличению выброса адренокортикотропного гормона (АКТГ). Последний вызывает двустороннюю гипертрофию коры надпочечников и повышение синтеза в ней гормонов, в том числе андрогенов. В результате избыточного образования и выделения мужских половых гормонов в периоде внутриутробного развития происходит вирилизация половых органов — увеличение клитора и образование урогенитального синуса. Для АГС характерны ускорение роста в первое десятилетие жизни, раннее начало полового созревания (6—7 лет), появление мужских вторичных половых признаков, отсутствие молочных желез и менструальной функции. Наблюдается также сольтеряющая форма АГС, при которой у новорожденной девочки наблюдается неукротимая рвота вследствие нарушения электролитного баланса. Лечение АГС (гормональное и хирургическое) проводится врачом.

АЛЬГОМЕНОРЕЯ — болезненные менструации; различают функциональную и органическую альгоменорею. Первая наблюдается при инфантилизме, заболеваниях нервной системы, вторая — при пороках развития половых органов, эндометриозе, воспалительных процессах матки и придатков ее. Альгоменорея может быть первичной (инфантилизм, пороки развития) и вторичной (эндометриоз, воспалительные процессы половых органов).

Клиника и течение. При функциональной альгоменорее боли появляются накануне или в первый день менструации, а при органической — в течение всей менструации и носят более резкий характер.

Лечение. При функциональной альгоменорее проводят общеукрепляющее лечение, применяют спазмолитики (но-шпа, папаверин, белладонна, атропин), анальгетики (амидопирин, анальгин). Показаны транквилизаторы — триоксазин, седуксен, тазепам, а при эндометриозе и воспалительных процессах — соответствующая терапия, которую назначает врач.

АМЕНОРЕЯ — отсутствие менструации. Различают физиологическую и патологическую аменорею.

Физиологическая аменорея наблюдается до наступления половой зрелости, во время беременности и кормления грудью ребенка *(не всегда!)*, а также в пожилом и старческом возрасте в период менопаузы.

Криптоменорея — скрытая (ложная) менструация. Клинически проявляется аменореей вследствие заращения цервикального канала, пороков развития половых органов или сплошной девственной плевы.

Патологическая аменорея может быть обусловлена функциональными и органическими заболеваниями. В зависимости от уровня поражения в системе гипоталамус—гипофиз—яичники—матка различают гипоталамическую, гипофизарную, яичниковую и маточную аменорею. Она наблюдается при пороках развития половой системы, заболеваниях желез внутренней секреции, инфантилизме, заболеваниях нервной системы, психических потрясениях, туберкулезе половых органов, отсутствии матки или яичников после операции, повторных выскабливаний при аборте, при острых и хронических заболеваниях, вызывающих общее истощение (тифы, малярия, сепсис, туберкулез легких), хронических отравлениях свинцом, фосфором, ртутью и другими ядовитыми веществами, а также в результате воздействия ионизирующего излучения на яичники.

Распознавание причин аменореи сложно, обычно требует детального обследования больной в условиях стационара.

Лечение всегда должно быть направлено на устранение основного заболевания и проводится врачом.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. Гинатрезии — отсутствие проходимости полового канала в том или ином его отделе. Возникают в результате аномалии развития в эмбриональном периоде вследствие травмы или дифтерийной язвы влагалища.

Симптомы, течение. При гинатрезии ежемесячно появляются боли внизу живота в период полового созревания, отсутствует видимая менструация при развитых вторичных половых признаках (см. *Криптоменорея*). При гинекологическом исследовании определяется

опухолевидное образование в малом тазу. При атрезии гимена вследствие отсутствия оттока происходит скопление крови во влагалище. Определяется выбухание гимена. Глубина влагалища всего 0,5—2 см. Отсутствие оттока менструальной крови ведет к скоплению ее в матке, трубах, верхней части влагалища (гематометра, гематосальпинкс, гематокольпос). При двуручном исследовании (через прямую кишку) пальпируются тугоэластические опухолевидные образования.

Лечение. При атрезии гимена достаточно произвести крестообразный разрез его и обшить края разреза восьмиобразными кетгутовыми швами. При атрезии влагалища оперативное вмешательство более сложно: производят рассечение слизистой оболочки и рубцовой ткани, после чего вскрывают гематокольпос.

Очень важен правильный послеоперационный уход. Влагалище обрабатывают раствором перекиси водорода, раствором фурацилина, синтомициновой эмульсией.

Аплазия (отсутствие) влагалища наблюдается при недоразвитии нижних отделов мюллеровых ходов в эмбриональном периоде.

Симптомы, течение. В период полового созревания ежемесячно появляются резкие боли внизу живота. При двуручном исследовании (влагалищном или ректальном) определяются увеличенная болезненная матка, а иногда и опухолевидные тугоэластические образования по обеим сторонам от нее — гематосальпинксы.

Лечение оперативное: создание искусственного влагалища и попытка соединить его с маткой. **Аплазия матки** часто сочетается с аплазией влагалища и сопровождается истинной аменореей. Лечение — операция создания искусственного влагалища (кольпопоэз).

Удвоение матки и влагалища — врожденный дефект развития половых органов. Возможны различные варианты этой патологии: перегородка влагалища, перегородка матки, двойное влагалище, двурогая матка с двумя или одним влагалищем, с двумя или одной шейкой, двойная матка и т. д.

Лечение оперативное в тех случаях, когда отсутствуют условия для оттока менструальной крови. При некоторых пороках развития половых органов производят различные операции во время беременности и родов: рассечение перегородки влагалища, если она препятствует рождению плода, кесарево сечение при некоторых аномалиях влагалища, шейки и тела матки.

АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ — отклонение их от нормального положения. Наблюдается смещение матки кпереди (антепозиция), кзади (ретропозиция), вправо и влево (латеропозиция).

Патологическое наклонение матки (versio — верзия) — смещение тела матки в одну сторону, а шейки матки — в другую. Антеверзия — тело матки наклонено кпереди, шейки матки — кзади. Ретроверзия — тело матки отклонено кзади, а шейка матки — кпереди. Встречается также наклонение тела матки вправо и влево — декстроверзия и синистроверзия. Патологические смещения и наклонения матки встречаются при воспалительных заболеваниях и опухолях органов малого таза.

Перегиб тела матки относительно шейки матки (flexio — флексия). При нормальном положении между телом и шейкой матки существует тупой угол, обращенный кпереди. *Гиперантефлексия* матки — патологический перегиб тела матки кпереди, при котором между телом и шейкой матки образуется острый угол, часто определяется при инфантилизме, реже — при воспалительных процессах.

Симптомы, течение. При гиперантефлексии наблюдаются альгоменорея и часто бесплодие. При гинекологическом исследовании определяются удлиненная коническая шейка и маленькая матка, резко отклоненная кпереди. Лечение должно быть направлено на устранение причины гиперантефлексии.

Ретрофлексия — перегиб тела матки кзади. Различают подвижную и фиксированную ретрофлексию матки. Подвижная ретрофлексия матки наблюдается при инфантилизме и гипоплазии половых органов, при снижении тонуса поддерживающего и подвешивающего аппаратов матки (связок и мышц тазового дна). Фиксированная ретрофлексия наблюдается при воспалительных заболеваниях органов малого таза.

Симптомы, течение. Ретрофлексия матки часто протекает бессимптомно и выявляется только при осмотре. У некоторых женщин наблюдаются боли в крестце, альгоменорея, гиперполименорея, запоры.

Лечение общеукрепляющее, лечебная физкультура. При фиксированной ретрофлексии показана противовоспалительная терапия (*после исключения опухолевого процесса в малом тазу!*).

Смещения и выпадения матки и влагалища вниз имеют наибольшее практическое значение. При опущении влагалища происходит выпячивание его стенок, при выпадении стенки влагалища располагаются ниже тазового дна. Вместе с передней стенкой влагалища опускается мочевой пузырь (цистоцеле). Опущение и выпадение задней стенки влагалища ведет к опущению передней стенки прямой кишки (ректоцеле). Опущение матки — такое смещение ее вниз, при котором шейка матки не выходит из половой щели. При неполном выпадении матки шейка матки выходит из половой щели, тело матки остается выше ее. При полном выпадении вся матка выходит за пределы половой щели. Наиболее часто опущения и выпадения матки и влагалища возникают в результате разрыва промежности во время родов, у многорожавших женщин, занимающихся тяжелым физическим трудом.

Симптомы, течение. Больные жалуются на чувство тяжести и боли внизу живота, расстройство мочеиспускания, запоры, ощущение «инородного тела» в половой щели. На шейке матки и стенках влагалища нередко образуются пролежни. Слизистая оболочка влагалища становится грубой, легко травмируемой. В горизонтальном положении больной матка легко вправляется. Из-за слабости

мышц тазового дна часто наблюдаются недержание мочи и газов при кашле и чиханье.

Диагноз ставят на основании предъявляемых жалоб и данных гинекологического исследования. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с пролежнями и раком шейки матки.

Лечение состоит из операции, обязательного назначения лечебной физкультуры и перевода больной на работу, не связанную с подъемом тяжести. При наличии противопоказаний к оперативному лечению рекомендуются ношение бандажа и лечебная физкультура.

Профилактика состоит в тщательном восстановлении мышц тазового дна при разрывах промежности в родах.

БАРТОЛИНИТ. См. *Гонорейный бартолинит.*

БЕСПЛОДНЫЙ БРАК — отсутствие беременности в браке после 2 лет замужества без применения противозачаточных средств. Причинами бесплодия в 60 % случаев являются изменения в организме женщины, в 40 % — у мужчины.

Различают *абсолютное бесплодие*, при котором в организме мужчины или женщины имеются необратимые патологические состояния и наступление беременности исключается. При *относительном бесплодии* причины его могут быть устранены. Бесплодие также может быть *первичным*, если у женщины не было ни одной беременности, и *вторичным* — если в прошлом беременность была. Причины бесплодия чаще всего обусловлены патологическими изменениями в половых органах, в частности, воспалительными процессами гонорейной и туберкулезной этиологии.

Первичное бесплодие обычно наблюдается при аномалиях развития полового аппарата, гормональных расстройствах, связанных с различными заболеваниями желез внутренней секреции. У мужчин наиболее частой причиной бесплодия является неполноценность спермы, отрицательные эмоции, вызывающие нарушение эрекции и эякуляции. Обследование супругов должно проводиться гинекологом, урологом и эндокринологом в специальных кабинетах, отделениях, консультации «Брак и семья».

Лечение бесплодия проводится врачом с учетом его причины.

ВАГИНИЗМ — болевой спазм мышц входа во влагалище и тазового дна.

Симптомы, течение. При попытке к половому сношению возникает спазм констриктора влагалища и судорожные сокращения приводящих мышц бедра, препятствующие введению полового члена во влагалище. Заболевание носит психогенный характер, встречается у инфантильных и астеничных женщин. Спазм может наступить от одной мысли о половом сношении. Вагинизм может быть также обусловлен болями, связанными с воспалением наружных половых органов, наличием ссадин, трещин и экзематозных поражений слизистой оболочки входа влагалища.

Диагностика основана на тщательно собранном анамнезе. Поскольку при этом необходимо касаться интимных сторон жизни больной, расспрос должен быть проведен особенно тактично. Гинекологическое исследование должно выполняться с исключительной осторожностью, так как малейшее прикосновение к половым органам может вызвать болезненный спазм.

Лечение. Больная должна быть направлена на консультацию к врачу-сексологу.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ у гинекологических больных встречаются значительно чаще других заболеваний половых органов. Возбудителями их могут быть различные бактерии: стафилококк, стрептококк, кишечная эшерихия, гонококк, туберкулезная палочка (микобактерия), трихомонады, грибы, а также анаэробные бактерии и др. Возникновение и течение воспалительного процесса зависит от характера возбудителя и особенностей защитных сил организма женщин. При срыве защитных сил организма может произойти генерализация процесса (сепсис). В течении воспалительного процесса различают острую, подострую и хроническую стадии. Воспалительные заболевания половых органов часто имеют очень длительное течение. В результате повторных обострений длительно существующего воспалительного процесса нередко снижается глюкокортикоидная функция коры надпочечников и изменяется гонадотропная функция гипофиза, иногда наблюдаются симптомы нарушения функции щитовидной железы, нервной системы, им сопутствуют различные сосудистые расстройства.

Воспалительные заболевания внутренних половых органов (матка, яичники, трубы, тазовая брюшина) сопровождаются нарушением менструальной (различные нарушения менструаций) и детородной функции (бесплодие, самопроизвольный выкидыш и др.).

Вульвит — воспаление наружных половых органов и входа во влагалище. Первичный вульвит бывает редко, возникает при нечистоплотном содержании и травмировании половых органов. Вторичный вульвит наблюдается при сахарном диабете, мочеполовых и кишечнополовых свищах, при раздражении наружных половых органов патологическими выделениями из шейки матки и влагалища вследствие эндоцервицита и кольпита.

Воспалительные заболевания половых органов могут быть неспецифической и специфической (туберкулез, гонорея) этиологии. Следует подчеркнуть, что в эру антибиотиков так называемая условнопатогенная микрофлора стала возбудителем различных тяжелых септических заболеваний (например, группа протея, кишечная эшерихия и др.).

Иногда воспалительные заболевания развиваются вследствие перехода инфекции с соседних органов (аппендицит, тифлит). Однако, как правило, воспалительные заболевания возникают при нарушении целости тканей матки (после абортов и родов).

Симптомы, течение. В остром периоде отмечаются зуд, жжение, обильные выделения, покраснение и отек малых и больших половых губ, болезненность после мочеиспускания (раздражение воспаленных тканей мочой). Диагноз ставят на основании жалоб

больной, изменений со стороны вульвы, обнаруженных при осмотре и бактериологического исследования (необходимо исключить диабет).

Лечение основного заболевания, вызвавшего вульвит. В остром периоде рекомендуется обмывание наружных половых органов раствором перманганата калия, отваром ромашки или раствором борной кислоты, теплые сидячие ванны с раствором перманганата калия или отваром ромашки, облучение на область наружных половых органов УФО.

Вульвовагинит — воспаление наружных половых органов и влагалища. Наблюдается главным образом в детском возрасте и значительно реже — у взрослых. Причинами его могут быть нарушения правил гигиены, постоянная травматизация, хронические тонзиллиты, экссудативный диатез.

Симптомы, течение. В острой стадии жжение, зуд и обильные выделения. В хронической стадии явления воспаления уменьшаются. При осмотре отмечаются отечность и гиперемия вульвы и слизистой оболочки влагалища (у девочек устанавливают с помощью вагиноскопии), серозно-гнойные или гнойно-кровянистые выделения (особенно при наличии инородных тел).

Лечение такое же, как при вульвите.

Вагинит (кольпит) — воспаление слизистой оболочки влагалища вследствие инфицирования его различными микроорганизмами, нарушения обмена веществ, недостаточности гормонов в организме (преждевременный климакс, после удаления яичников, в старческом возрасте), а также химической или механической травмы.

Симптомы, течение. Слизисто-гнойные и гнойные выделения, чувство тяжести внизу живота, болезненность в области влагалища, жжение, зуд. При осмотре отмечаются гиперемия слизистой оболочки, отек, иногда небольшие узелки на ней и влагалищной части шейки матки (гранулезный кольпит). При старческом кольпите имеются признаки возрастной атрофии, слизистая оболочка влагалища гладкая, бледная, местами гиперемирована с кровоточащими участками. Для выяснения причины кольпита необходимо бактериоскопическое исследование выделений.

Лечение. Устранение моментов, способствующих возникновению кольпита, общеукрепляющая терапия, обработка наружных половых органов раствором перманганата калия или отваром ромашки. При грибковом кольпите — спринцевание раствором гидрокарбоната натрия, введение во влагалище 20 % раствора буры в глицерине, шарики с нистатином.

Кондиломы остроконечные (доброкачественные — множественные разрастания по поверхности наружных половых органов и входа влагалища). Могут распространяться на промежность, влагалище, шейку матки. Причиной возникновения кондилом служит фильтрующийся вирус, развитию процесса способствуют обильные выделения из половых путей при кольпитах и эндоцервицитах. Особенно быстро остроконечные кондиломы разрастаются при беременности.

Симптомы, течение. Чаще всего локализуются на наружных половых органах, промежности, вокруг заднепроходного отверстия. В случаях некроза кондилом и присоединения вторичной инфекции появляется гнойное отделяемое. Кондиломы влагалища и шейки матки во время беременности и родов могут быть причиной кровотечения. Диагноз ставят на основании осмотра. Необходимо дифференцировать от сифилитических кондилом, имеющих широкое основание.

Лечение. При небольших кондиломах применяют присыпку с резорцином и борной кислотой или обрабатывают раствором резорцина на 70 % этиловом спирте. Необходимо предварительно смазать кожу вокруг кондилом вазелином.

Rp.: Resorcini
Acidi borici aa 15,0
M. D. S. Присыпка

Rp.: Resorcini 1,5
Spiritus aethylici 70 % 50,0
M. D. S. Наружное

При обширном поражении производят удаление кондилом хирургическим путем или электрокоагуляцией.

Трихомоноз — специфическое заболевание, вызываемое влагалищной трихомонадой (простейшие); передается половым путем. Чаще всего наблюдается трихомонадозный кольпит, нередко трихомонады вызывают также уретрит, цервицит, проктит.

Симптомы, течение. В острой стадии резко выражены зуд, жжение, тяжесть внизу живота. При осмотре: гиперемия слизистой оболочки влагалища, обильные гноевидные пенистые выделения.

В хронической стадии гиперемия исчезает, но остаются обильные характерные выделения. Течение заболевания длительное, имеется наклонность к рецидивам.

Диагноз ставят на основании микроскопического исследования выделений из влагалища.

Лечение проводят одновременно больной женщины и ее мужа. Необходима терапия сопутствующих заболеваний и функциональных нарушений, а также воздействие на имеющиеся трихомонозные очаги. Назначают метронидазол (флагил, трихопол, орвагил, клион). Препарат применяется внутрь для лечения острого и хронического трихомоноза у женщин и мужчин. Дозировка: 0,25 г 2 раза в день в течение 7—10 дней. Общая доза на курс лечения для взрослых 5 г. Метронидазол противопоказан при беременности, особенно в первые 3 мес.

Одновременно с применением метронидазола рекомендуется обмывание наружных половых органов и спринцевание влагалища отваром ромашки или раствором перманганата калия. Выпускаются также таблетки метронидазола по 0,5 г для введения во влагалище. Относительно высокой противотрихомонадной активностью обладает трихомонацид. Применяется внутрь и местно. Внутрь назначают по

0,3 г в сутки (в 2—3 приема) после еды в течение 3—5 дней. Детям дозу уменьшают в соответствии с возрастом.

Эндоцервицит — воспаление слизистой оболочки канала шейки матки. Может возникать при проникновении различных бактерий (стафилококков, стрептококков, гонококков, кишечной эшерихии и др.). Эндоцервицит часто сочетается с воспалительным процессом в других отделах полового аппарата — кольпитом, сальпингоофоритом, эрозией шейки матки.

Симптомы, течение. Слизисто-гнойные выделения из влагалища. Болевых ощущений нет. Клинические признаки выражены мало. В острой стадии определяется гиперемия вокруг наружного зева и слизисто-гнойные выделения. В хронической стадии гиперемии почти нет, выделения остаются. При длительном течении процесса развивается гипертрофия (утолщение) шейки матки — цервицит. Для выяснения этиологии процесса необходимо микроскопическое исследование выделений из влагалища.

Лечение зависит от характера возбудителя: при гонорее и трихомонозе назначают соответствующую терапию; при вирусном эндоцервиците — тетрациклин; при неспецифическом эндоцервиците применяют спринцевания раствором перманганата калия, отваром ромашки, а также синтомициновую или стрептоцидовую эмульсию. В хронической стадии эндоцервицита показана физиотерапия.

Эрозия шейки матки — дефект покровного эпителия влагалищной части шейки матки. Образование эрозии происходит под влиянием патологических выделений из шеечного канала, которые вызывают мацерацию и последующую десквамацию (слущивание) многослойного плоского эпителия.

Симптомы, течение. Гнойные или слизисто-гнойные выделения из влагалища. При осмотре шейки матки с помощью зеркал определяется гиперемия вокруг наружного зева, чаще на задней губе шейки матки. Поверхность эрозии может быть гладкая или бархатистая, иногда отмечается кровоточивость при прикосновении.

Диагноз ставят при осмотре шейки матки с помощью зеркал. Обязательно проведение кольпоскопии, с помощью которой решается вопрос о необходимости прицельной биопсии с последующим гистологическим исследованием. Эрозию шейки матки следует дифференцировать от рака шейки матки, туберкулеза и сифилитических язв.

Лечение. Наряду с терапией эндоцервицита необходимо лечение сопутствующих заболеваний половых органов. Применяют тампоны с рыбьим жиром, облепиховым маслом, эмульсиями, содержащими сульфаниламиды и антибиотики. При длительно не заживающей эрозии показана электрокоагуляция (после данных биопсии).

Эндометрит — воспаление слизистой и мышечной оболочек матки.

Симптомы, течение. Острый эндометрит характеризуется болями внизу живота, повышением температуры, гнойными или гнойно-кровянистыми выделениями из матки. При двуручном пальпаторном исследовании отмечается болезненность матки, увеличение и мягковатая ее консистенция. При хроническом эндометрите наблюдаются боли, длительные кровянистые выделения, температура, как правило, нормальная, болезненность матки при осмотре отсутствует. Диагноз ставят на основании анамнеза (внебольничный аборт, послеродовой период), повышения температуры, данных гинекологического исследования.

Метрит — воспаление всех оболочек матки. Развивается при прогрессировании эндометрита, часто являясь проявлением генерализованной септической инфекции.

Симптомы, течение. Напоминают клиническую картину эндометрита, но носят более тяжелый характер и часто сопровождаются пельвиоперитонитом.

Параметрит — воспаление околоматочной клетчатки, чаще всего наблюдается после родов, абортов и других вмешательств (зондирование, расширение шейки матки).

Симптомы, течение. При так называемом боковом параметрите инфильтрат располагается рядом с маткой и доходит до костной стенки таза. Боковой свод соответствующей стороны сглажен. Консистенция инфильтрата плотная, при нагноении определяется флюктуация. При переднем параметрите инфильтрат локализуется кпереди от матки, при заднем — кзади. Для острой стадии характерны боли, повышение температуры, озноб, учащение пульса, нарушение аппетита и сна. Могут быть дизурические явления, запоры, нарушения менструаций. При нагноении инфильтрата клиническая картина характерна для гнойных септических процессов. Диагноз ставят на основании указанных симптомов и данных лабораторного исследования.

Пельвиоперитонит — воспаление брюшины малого таза.

Симптомы, течение. Характеризуется острыми болями в животе, тошнотой, рвотой, вздутием живота, задержкой стула и газов, повышением температуры, учащением пульса. Язык сухой, обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки в нижнем отделе, положительный симптом Блюмберга — Щеткина. В крови повышенная СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг белой формулы крови влево. При современном (стертом) течении возможна малая выраженность симптомов или отсутствие некоторых из них. Это часто затрудняет диагностику. При пельвиоперитоните может произойти скопление гноя в дугласовом пространстве. Абсцесс может самопроизвольно вскрыться во влагалище или прямую кишку.

Большое значение имеет влагалищное исследование, при котором отмечается выпячивание заднего свода экссудатом. Больные пельвиоперитонитом нуждаются в особом наблюдении в связи с возможностью перехода пельвиоперитонита в разлитой перитонит, при котором необходима экстренная операция.

Сальпингоофорит (аднексит) — воспаление придатков матки. Изолированное поражение трубы или яичника наблюдается очень

редко, обычно воспалительный процесс захватывает трубу и яичник, распространяясь часто на тазовую брюшину.

Симптомы, течение. В острой стадии наблюдаются боли внизу живота, рвота, повышение температуры. Может быть нарушение менструального цикла (мено- и метроррагия). При влагалищном исследовании пальпируются увеличенные болезненные придатки матки (с одной или с двух сторон). Из-за резкой болезненности иногда не удается четко определить их границы. В крови лейкоцитоз, повышенная СОЭ, сдвиг влево белой формулы крови. Процесс может сопровождаться пельвиоперитонитом.

В подострой стадии температура снижается, уменьшаются боли, улучшается общее состояние, нормализуются показатели крови. Заболевание не всегда заканчивается выздоровлением; при переходе сальпингоофорита в хроническую стадию наблюдаются периодические обострения, сопровождающиеся болями, повышением температуры, нарушениями менструальной функции. Диагностику проводят на основании данных анамнеза и объективного исследования, при этом учитывают все перечисленные выше симптомы и результаты бактериологического исследования мазков из влагалища, шейки матки и мочеиспускательного канала.

Лечение воспалительных заболеваний неспецифической этиологии. В острой стадии: покой, холод на живот, в/в раствор хлорида кальция или раствор глюконата кальция; антибактериальная терапия — пенициллин в/м по 300 000—500 000 ЕД через 3 ч. Применяют и другие антибиотики (необходимо определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам). Особенно эффективны полусинтетические пенициллины: оксациллин, метициллин, апмициллин. В тяжелых случаях применяют антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины и аминогликозиды). Следует всегда при этом помнить о массированности инфицирования. Лечение должно быть комплексным и проводиться на фоне общеукрепляющей терапии, назначения витаминов, болеутоляющих, антигистаминных препаратов. В подострой и хронической стадии применяют физиотерапию: электрофорез хлорида кальция и йодида калия, диатермия, грязелечение. При наличии мешотчатых опухолевидных образований придатков матки показано оперативное лечение.

ГОНОРЕЯ — специфическое инфекционное заболевание, вызываемое гонококком. Передача инфекции наиболее часто происходит половым путем, реже — внеполовым (у детей), через загрязненное белье, губки, полотенца. Гонококк поражает те отделы мочеполового аппарата, которые выстланы цилиндрическим эпителием: шейку матки, маточные трубы, мочеиспускательный канал, покровный эпителий яичников. У детей, беременных и пожилых женщин наблюдается также гонорейный кольпит. Инкубационный период при гонорее равен 3—4 дням, иногда он удлиняется до 2—3 нед.

По величине распространения процесса различают гонорею нижнего отдела полового аппарата (поражаются мочеиспускательный канал, парауретральные ходы, бартолиновы железы, шейка матки) и гонорею верхнего его отдела — восходящую гонорею (поражаются матка, придатки, тазовая брюшина).

Различают следующие формы гонореи: 1) свежая гонорея (острая, подострая, торпидная); 2) хроническая; 3) латентная.

К торпидной (асимптомной) форме гонореи относят заболевания, протекающие без симптомов или с незначительными проявлениями, когда у больных обнаруживают гонококки. Для латентной гонореи характерно отсутствие симптома заболевания (гонококки не обнаруживаются), а больные являются источником заражения. Подострой формой свежей гонореи принято условно считать заболевание, начавшееся не более 2 нед назад и сопровождающееся субфебрилитетом и нерезко выраженными клиническими симптомами. Хроническая гонорея — заболевание, протекающее более 2 мес.

Гонорейный уретрит. Больные предъявляют жалобы на боли и жжение при мочеиспускании, частые позывы на мочеиспускание, чувство тяжести внизу живота. При осмотре отмечаются покраснение в области наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизисто-гнойные или гнойные выделения. Покраснение также может быть вокруг парауретральных ходов. Хронический уретрит приводит к неравномерному утолщению мочеиспускательного канала.

Гонорейный эндоцервицит. Больные жалуются на обильные гнойные выделения из влагалища. При осмотре видны гнойные выделения из канала шейки матки и гиперемия вокруг наружного зева (эрозия).

Гонорейный бартолинит. Наряду с уретритом и эндоцервицитом при гонорее нижнего отдела полового аппарата нередко наблюдается бартолинит, отек и болезненность в области желез, покраснение вокруг наружного отверстия выводного протока. Может также образоваться псевдоабсцесс или абсцесс железы.

Гонорейный вульвовагинит наблюдается очень редко, главным образом у детей, беременных и пожилых женщин.

Гонорейный проктит — редкая локализация гонореи.

Гонорея верхнего отдела половых органов характеризуется болями, тенезмами. Переходу гонорейной инфекции на верхние отделы полового аппарата могут способствовать менструация, послеродовой и послеабортный периоды, лечебные манипуляции (зондирование, расширение канала шейки матки), физическое напряжение, нарушение гигиены половой жизни.

Гонорейный эндометрит. Боли носят тупой характер. Отмечаются увеличение матки, небольшая ее болезненность при пальпации, водянистые или серозно-гнойные выделения. При длительном течении наблюдается уплотнение матки, а также нарушение менструальной функции. Послеродовой гонорейный эндометрит отличается от септического более поздним проявлением (на 6—8-е сутки после родов).

Гонорейный сальпингит характеризуется повышением температуры, болями при моче-

испускании и дефекации, болями внизу живота, иррадиирующими в ноги, обильными гнойными выделениями из половых путей, нарушением менструального цикла. Гонорейный сальпингит часто сопровождается воспалением тазовой брюшины (см. *Пельвиоперитонит*). В послеродовом и послеабортном периодах, а также во время менструации может наступить обострение болезни.

Гонорейный пельвиоперитонит нередко сопутствует гонорейному сальпингоофориту, имеет наклонность к образованию спаек и сращений, что способствует быстрому отграничению процесса. Поэтому при гонорее относительно редко происходит распространение процесса за пределы малого таза. При подозрении на пельвиоперитонит показана срочная госпитализация.

При диагностике гонореи большое значение приобретают данные анамнеза: возникновение заболевания с началом половой жизни, случайное половое сношение, при хроническом воспалительном процессе — длительное течение болезни с частыми обострениями, нарушения менструальной функции, бесплодие. При обследовании больной следует обращать внимание на наличие эндоцервицита, уретрита, на поражение придатков матки с двух сторон. Диагноз гонореи считается установленным только в том случае, если в мазках отделяемого обнаружен гонококк, так как указанные симптомы могут наблюдаться и при воспалительных процессах септической или туберкулезной этиологии.

Мазки следует брать на 2—4-й день менструации. Если гонококки не обнаружены, прибегают к методу провокации — искусственному обострению процесса смазыванием слизистой оболочки мочеиспускательного канала 0,5 % раствором нитрата серебра (ляпис), а слизистой оболочки шейки матки — 3—5 % раствором нитрата серебра, введением гоновакцины, применением диатермии. После провокации берут мазки через 24, 48 и 72 ч.

Л е ч е н и е. Необходимы постельный режим, исключение острых блюд и спиртных напитков, регулирование действия кишечника. Пенициллин вводят в/м по 200 000 ЕД через 3—4 ч. При выделении пенициллиноустойчивых форм гонококка могут быть применены другие антибиотики: левомицетин по 0,5 г 6 раз в сутки через равные промежутки с ночным перерывом в 7—8 ч в течение 2 сут, в последующие дни — 4 раза в день; хлортетрациклин, тетрациклин, окситетрациклин внутрь — в течение первых 2 сут по 0,3 г 5 раз в день через равные промежутки, в последующие дни по 0,2 г 5 раз в день через равные промежутки, в последующие дни по 0,2 г 5 раз в день. При приеме препаратов тетрациклина назначают нистатин под язык по 500 000 ЕД 3 раза в день. Олететрин применяют внутрь: в 1-й день 1 500 000 ЕД (1-й прием 500 000 ЕД, последующие 4 приема по 250 000 ЕД), в остальные дни по 250 000 ЕД 4 раза в день с ночным перерывом 8 ч. Эритромицин назначают внутрь в течение 2 дней по 400 000 ЕД 6 раз в день, а в остальные дни по 400 000 ЕД 4 раза в день.

Одновременно наружные половые органы обрабатывают раствором перманганата калия (1:10 000). Местное лечение (промывание мочеиспускательного канала, влагалищные спринцевания, смазывание шейки матки) проводят только после ликвидации признаков острого воспаления. В подострой и хронической стадиях применяют физиотерапию: электрофорез хлорида кальция, аппликации озокерита, парафина, диатермия. Необходимость в оперативном лечении возникает при образовании абсцесса в дугласовом пространстве, при пиосальпинксе с частыми обострениями. При угрозе разрыва пиосальпинкса показана срочная операция для предупреждения развития перитонита.

К р и т е р и и и з л е ч е н н о с т и. К установлению излеченности следует приступить через 7—10 дней после окончания лечения. После исследования (бактериоскопического, культурального) производят комбинированную провокацию: инъекцию гоновакцины (от 500 млн. до 1 млрд. микробных тел) или молока (от 1 до 3 мл), смазывание мочеиспускательного канала и нижнего отрезка прямой кишки 1 % раствором Люголя на глицерине, а канала шейки матки — 3—5 % раствором нитрата серебра. В течение 3 дней подряд исследуют мазки отделяемого уретры, шейки матки и других очагов заболевания. При отсутствии гонококков больную осматривают до ближайшей менструации без лечения. Во время менструации снова берут мазки, а после ее окончания повторяют провокацию с исследованием отделяемого указанных органов в течение 3 сут. Такие обследования производят в течение 3 менструальных циклов, после чего при благоприятных результатах клинического и лабораторного исследования больную снимают с учета.

Л и ч н а я п р о ф и л а к т и к а. После полового сношения необходимо тщательно обмыть наружные половые органы теплой водой с мылом. Затем после мочеиспускания женщина производит спринцевание влагалища раствором перманганата калия с последующим введением в мочеиспускательный канал 1—2 % раствора нитрата серебра. Шейку матки, слизистую оболочку влагалища и наружные половые органы смазывают 2—3 % раствором нитрата серебра. Одновременно принимают все необходимые меры профилактики сифилиса.

Гонорея у девочек. С и м п т о м ы, т е ч е н и е. Резкая гиперемия и отечность вульвы, обильные гнойные выделения из влагалища, гнойные корочки на склеившихся половых губах. Кожа промежности также гиперемирована, болезненное мочеиспускание, чувство жжения в области половых органов. Ребенок становится раздражительным, плохо спит, аппетит резко понижен. В первые дни заболевания может наблюдаться повышенная температура. У некоторых детей указанные признаки выражены слабо, жалобы почти отсутствуют (при экссудативном диатезе, анемии). Распознавание проводится на основании тех же факторов, что и у взрослых женщин. Особо важное значение имеет вагиноскопия.

Лечение в острой стадии проводят в стационаре, в подострой и хронической — может проводиться и в поликлинике. Начинают лечение с в/м введения пенициллина. Курсовая доза та же, как и у взрослых, разовая равна 50 000—100 000 ЕД (в зависимости от возраста). При безуспешности лечения начинают другой антибиотик: левомицетин — разовая доза 0,025 г (0,02 г/кг) 4 раза в сутки, курсовая 5—6 г. Применяют также препараты группы тетрациклина: хлортетрациклин, тетрациклин, окситетрациклин, олететрин.

Для местного лечения в острой стадии назначают теплые сидячие ванночки из отвара ромашки или раствора перманганата калия (1: 10 000) 2 раза в день по 10—15 мин. После ванночки наружные половые органы припудривают тальком. В подострой и хронической стадии промывают влагалище через тонкий резиновый катетер раствором перманганата калия с последующим введением раствора протаргола (1—2 %) или нитрата серебра (0,25—1 %) по 3—5 мл через день. При наличии проктита в прямую кишку вводят глазной пипеткой 3—4 капли протаргола (0,5—2 %).

Критерии излеченности. Болезнь считается ликвидированной при наличии нормальной клинической картины и благоприятных результатах повторного исследования мазков после провокации. Последнюю производят комбинированно: инъекция гоновакцины (150—200 млн. микробных тел) и смазывание влагалища и вульвы раствором Люголя на глицерине. В мочеиспускательный канал закапывают 2—3 капли 0,5—1 % раствора нитрата серебра. Нижний отрезок слизистой оболочки прямой кишки смазывают 1 % раствором нитрата серебра. На 2-й, 3-й и 4-й день исследуют мазки из мочеиспускательного канала, влагалища, прямой кишки. Провокацию проводят каждый месяц в течение 3 мес после лечения. Только после получения отрицательных результатов ребенок может быть допущен в детский коллектив.

Профилактика. Ребенок должен иметь дома отдельную кровать, индивидуальный горшок, индивидуальные предметы ухода при подмывании. В детских коллективах необходимо проводить предварительное обследование поступающего на работу персонала, а повторное обследование — 1 раз в 3 мес. При поступлении и во время пребывания ребенка в учреждении ему следует обследовать наружные половые органы. Заболевших и подозрительных на заболевание гонореей детей изолируют и направляют к венерологу. Подмывают детей струей воды при помощи отдельного ватного тампона на корнцанге, обтирание производят индивидуальным полотенцем. Активная санитарно-просветительная работа среди персонала и матерей должна проводиться постоянно.

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ — маточные кровотечения, обусловленные нарушением секреции половых гормонов и несвязанные с беременностью, опухолями и воспалительными заболеваниями половых органов, болезнями крови. Наиболее часто встречаются в период становления менструальной функции (ювенильные кровотечения) и в период угасания функции яичников (климактерические кровотечения).

У женщин детородного возраста кровотечения, как правило, наблюдаются на фоне воспалительных заболеваний половых органов. Причинами их являются неблагоприятные материально-бытовые условия, перемена климата, отрицательные эмоции, хронические инфекции и интоксикации (профессиональные вредности), гиповитаминоз, переутомление.

Симптомы, течение. Кровотечения могут быть циклическими (меноррагия) и ациклическими (метроррагия). *Меноррагия* — увеличение количества теряемой крови во время менструации. Наблюдается как дисфункциональное маточное кровотечение, а также при тяжелых истощающих организм заболеваниях, болезнях сердца, крови, желез внутренней секреции и при некоторых гинекологических заболеваниях (фибромиома матки, воспалительные заболевания). *Метроррагия* — кровотечения, не связанные с менструацией. Бывают при нарушении функции яичников и других желез внутренней секреции, раке тела и шейки матки, подслизистой фибромиоме матки, хорионэпителиоме матки.

Дисфункциональные маточные кровотечения характеризуются периодами аменореи продолжительностью от 5—6 нед до нескольких месяцев с последующими кровотечениями различной продолжительности и интенсивности. У большинства больных кровотечения сопровождаются гиперплазией и полипозом эндометрия. Диагноз ставят на основании задержки менструации на 1—2 нед и более при наличии симптома «зрачка», однофазной ректальной температуры, гиперплазии или полипоза эндометрия, установленных при гистологическом исследовании соскоба эндометрия. При проведении дифференциальной диагностики необходимо исключить заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания системы крови, печени, щитовидной железы и других желез внутренней секреции. Обязательно исключить органические заболевания половой системы: рак влагалища, шейки и тела матки, фибромиому и аденомиоз матки, гормонпродуцирующие опухоли яичников. Кроме того, нужно дифференцировать дисфункциональные маточные кровотечения от внематочной беременности, начинающегося или неполного аборта, пузырного заноса, хорионэпителиомы, неразвивающейся беременности.

Лечение дисфункциональных маточных кровотечений проводит врач после исключения других заболеваний и детального обследования по тестам функциональной диагностики. Доврачебная помощь при профузных дисфункциональных маточных кровотечениях состоит в применении сокращающих средств, в/в введении раствора хлорида кальция, а также викасола, переливания крови и сухой плазмы.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И КИСТЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (вульвы, влагалища, матки, яичников).

Доброкачественные опухоли влагалища — фибромиомы, фибромы, миомы и липомы — редко встречающиеся опухоли. Наблюдаются

у женщин в возрасте 20—50 лет. Протекают бессимптомно. При значительном увеличении опухоли появляется ощущение инородного тела во влагалище. Возможны нагноение, некроз и озлокачествление опухоли. Папиллома — отдельные или множественные разрастания, напоминающие цветную капусту. Диагноз — ставят с помощью влагалищного исследования.

Лечение доброкачественных опухолей влагалища оперативное.

Киста бартолиновой железы — эластическое опухолевидное образование круглой или овальной формы, локализующееся в нижней трети большой половой губы. Образуется в результате заращения выводного протока железы. Иногда наблюдается нагноение кисты, сопровождающееся нарушением общего состояния, повышением температуры, болями. Диагностика не представляет трудностей. Распознавание не сложно. Лечение оперативное.

Кисты влагалища чаще всего развиваются из гартнеровских ходов. Располагаются поверхностно, имеют круглую или овальную форму, тугоэластическую консистенцию. Диагноз ставят с помощью гинекологического осмотра. Дифференциальную диагностику проводят с цисто- и ректоцеле, дивертикулом мочеиспускательного канала.

Лечение оперативное.

Кисты яичника — ретенционные образования, возникающие вследствие накопления секрета в полости и увеличения ее. Кисты не относятся к истинным опухолям, а являются результатом воспаления придатков матки или нарушения процесса развития фолликула и желтого тела.

Фолликулярная киста — однокамерное, тонкостенное образование с прозрачным содержимым, диаметром до 8—10 см. Встречаются у женщин любого возраста. Диагноз ставят на основании осмотра. Фолликулярные кисты обычно располагаются сбоку или кпереди от матки, обладают подвижностью, имеют тугоэластическую консистенцию.

Лечение оперативное — частичная резекция яичника или полное его удаление.

Параовариальная киста — однокамерное образование, исходящее из надъяичникового придатка, тугоэластической консистенции с гладкой поверхностью. В отличие от кисты яичника малоподвижно, так как располагается между листками широкой маточной связки. Однако по мере увеличения параовариальной кисты может вытягиваться один из листков широкой связки и образуется «ножка», вследствие чего образование становится подвижным. Диагноз ставят на основании гинекологического осмотра.

Лечение оперативное — производят вылущивание кисты.

Миома (фибромиома) матки — доброкачественная опухоль из мышечных и соединительнотканных элементов. Наблюдается у 15—17 % женщин в возрасте старше 30 лет, но бывает также и в более молодом возрасте. Миома — дисгормональная опухоль, развивается на фоне преобладающего воздействия эстрогенов и недостатка прогестерона. Опухоль обычно состоит из единичного или множественных узлов. Они могут располагаться в толще мышечной оболочки (интерстициальная миома), под серозной оболочкой (подсерозная миома), под слизистой оболочкой (субмукозная миома). Реже миома образуется в шейке матки (шеечная миома), в круглой и широкой маточных связках. Наблюдается также диффузное разрастание опухоли в теле матки (шаровидная миома).

Симптомы, течение. Миомы матки иногда развиваются бессимптомно и обнаруживаются только при профилактическом осмотре. Подслизистые (иногда и интерстициальные) миомы вызывают обильные и длительные кровотечения и как следствие — анемию. Большие опухоли могут привести к нарушению мочеиспускания и дефекации, иногда они сопровождаются болями в результате сдавления соседних органов.

При подслизистой миоме может произойти отшнуровывание узла и его «рождение», вследствие чего появляются схваткообразные боли внизу живота и кровотечение из половых путей (иногда профузное). Если подсерозная миома имеет ножку, последняя может перекрутиться, что ведет к отеку, некрозу и инфицированию. Течение клинической картины миомы, как правило, медленное. Озлокачествление происходит редко.

При интерстициальной миоме матка увеличена — от небольших размеров до огромных, соответствующих доношенной беременности. При гинекологическом исследовании шейка матки сразу переходит в опухоль, перемещение опухоли передается шейке, тело матки отдельно не пальпируется. Поверхность опухоли может быть гладкой или бугристой.

При субсерозной миоме на ножке необходимо проводить дифференциальную диагностику с кистомой яичника. Миома обычно имеет бугристую поверхность и плотную консистенцию, кистома — эластическую консистенцию и гладкую поверхность. При шеечной миоме отмечается значительное увеличение шейки матки.

Лечение. Больные с бессимптомно текущими миомами небольших размеров (до 12—16 нед беременности) нуждаются в систематическом наблюдении. При опухоли больших размеров, подслизистой миоме, перекручивании ножки субсерозного узла, шеечной миоме, а также быстрорастущей опухоли показана операция. В настоящее время больным с миомой небольших размеров с успехом проводят гормональную терапию.

Кистомы яичника — часто встречающиеся доброкачественные истинные опухоли яичника. Различают цилиоэпителиальные и муцинозные кистомы яичников. Цилиоэпителиальные кистомы делят на серозные (гладкостенные) и папиллярные (с сосочковыми разрастаниями по поверхности капсулы). *Серозные кистомы* чаще односторонние, однокамерные могут достигать значительных размеров. При росте опухоли отмечается увеличение живота, могут появиться симптомы сдавления соседних органов. При гинекологическом исследовании определяется тугоэластическая безболезнен-

ная опухоль с гладкой поверхностью, расположенная сбоку или кзади от матки.

Лечение оперативное, удаление опухоли. Прогноз благоприятный.

Папиллярные (сосочковые) кистомы чаще бывают двусторонними. В зависимости от расположения сосочков их разделяют на инвертирующие (сосочки только внутри опухоли), эвертирующие (сосочки только снаружи) и смешанные (разрастание сосочков по внутренней и наружной поверхностям капсулы). Иногда при микроскопическом исследовании определяется большое клеточное разнообразие. Эти кистомы называются пролиферирующими и особенно часто переходят в рак. Папиллярные кистомы наиболее часто встречаются у женщин детородного возраста, для них характерно двустороннее поражение яичников, наличие папиллярных разрастаний на них и в брюшной полости, спаечный процесс в малом тазу и асцит. Диагноз ставят на основании данных гинекологического исследования.

Лечение оперативное. Срочная цитодиагностика позволяет решить вопрос об объеме оперативного вмешательства. В детородном возрасте производят удаление опухоли, в период климактерия и в менопаузу удаляют матку с придатками. Прогноз после операции при отсутствии признаков озлокачествления благоприятный.

Муцинозная кистома — доброкачественная эпителиальная опухоль, чаще односторонняя с неровной поверхностью вследствие многокамерного строения. Может достигать больших размеров. В полости опухоли содержится слизеобразная жидкость — муцин, являющийся секретом эпителия.

Симптомы, течение. Характерны боли внизу живота, чувство тяжести, нарушения функции соседних органов. Иногда образуются сращения с соседними органами. Диагноз ставят на основании данных гинекологического исследования.

Лечение оперативное. В молодом возрасте удаляют пораженный яичник, в пожилом — матку с придатками. Прогноз благоприятный.

Осложнения кист и кистом яичников. Озлокачествление опухоли наблюдается чаще при папиллярных кистомах, реже — при муцинозных. Поскольку установить момент озлокачествления клинически не представляется возможным, всякая опухоль яичника подлежит удалению. *Перекручивание ножки кисты и кистомы* возникает обычно при подвижных образованиях на длинной ножке. Вследствие перекрута наступают некроз опухоли и перитонит, что служит показанием к срочной операции. *Разрыв капсулы кисты* (или кистомы) наблюдается не часто и представляет определенные трудности для диагностики. Сопровождается острыми болями, шоком, кровотечением и является показанием к срочной операции. *Нагноение опухоли* развивается вследствие инфицирования. Повышается температура тела, появляются боли в животе, перитонеальные симптомы. Особенно опасен прорыв нагноившейся опухоли в брюшную полость, в этих случаях показана экстренная операция.

Фиброма яичника — доброкачественная опухоль, развивающаяся из соединительнотканных элементов. Может достигать больших размеров, имеет гладкую или бугристую поверхность, овоидную или шаровидную форму, белесоватый цвет и плотную консистенцию.

Симптомы, течение. В большинстве случаев поражается один яичник. Длительное время может протекать бессимптомно. Иногда опухоль сопровождается синдромом Мейгса (асцит, гидроторакс, анемия). Наиболее часто наблюдается только асцит. Диагноз ставят на основании данных гинекологического исследования (плотная подвижная опухоль, по форме напоминающая яичник). Дифференциальная диагностика проводится с субсерозной миомой и другими опухолями яичника.

Лечение — оперативное.

ОСОБЫЕ ФОРМЫ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ. **Арренобластома** — гормонпродуцирующая, омужествляющая опухоль яичника. Часто имеет злокачественное течение. Встречается у молодых женщин в возрасте 25—30 лет. Вырабатывает мужской половой гормон — тестостерон, чем и объясняется ярко выраженная картина маскулинизации: огрубение голоса, появление оволосения по мужскому типу и мужских черт лица у женщины. Диагноз устанавливают на основании данных клинического и лабораторного исследования (определения гормонов в крови и моче).

Лечение — хирургическое. Необходима срочная цитодиагностика во время операции для решения вопроса об объеме оперативного вмешательства.

Опухоль Бреннера — доброкачественная редко встречающаяся опухоль яичника. Иногда сочетается с муцинозной кистомой яичника. Макроскопически похожа на фиброму яичника. В некоторых случаях может быть гормональноактивной, иногда дает феминизирующий, а иногда маскулинизирующий эффект. Злокачественное течение наблюдается редко. Диагноз ставят с помощью гистологического исследования опухоли.

Лечение оперативное — удаление опухоли.

Гранулезоклеточная опухоль (фолликулома) — продуцирует эстрогены. Может иметь доброкачественное и злокачественное течение. Встречается в любом возрасте. В связи с гормональной активностью у девочек вызывает преждевременное половое созревание, у женщин в менопаузе — менструальноподобные кровотечения. Диагноз устанавливают на основании клинических данных, результатов гистологического исследования соскоба эндометрия. При гинекологическом исследовании определяются опухоль яичника и увеличение матки.

Лечение оперативное. Объем операции зависит от гистологического строения опухоли и возраста больной.

Дисгерминома — злокачественная опухоль яичника, обычно развивающаяся на фоне гипоплазии половых органов. Чаще бывает у молодых женщин в возрасте до 30 лет, однако описаны случаи дисгерминомы у пожилых и старых женщин. Наиболее часто опухоль пора-

жает один яичник. Клинические проявления не специфичны, иногда наблюдается аменорея. При сохраненном втором яичнике может наступить беременность. Характерны боли внизу живота. Быстро образуются сращения с соседними органами и появляются метастазы. Диагноз ставят на основании клинической картины и данных гистологического исследования опухоли.

Лечение хирургическое с последующей лучевой терапией. Ее называют «рентгентающей». Опухоль и метастазы хорошо поддаются рентгенотерапии.

Текома — гормонпродуцирующая (в большинстве случаев доброкачественная) опухоль.

Клиническая картина соответствует таковой при гранулезоклеточной опухоли и обусловлена выделением ею эстрогенов. Диагноз ставят с помощью данных гинекологического (наличие опухоли яичника и увеличения матки) и гистологического исследования соскоба эндометрия.

Лечение оперативное.

Тератоидные опухоли образуются из эмбриональных зачатков. Их делят на две группы: дермоидные кисты и тератобластомы яичника. *Дермоидная киста* — истинная доброкачественная опухоль. Встречается довольно часто (в 10—20 % всех опухолей яичников), наблюдается в любом возрасте. Развивается медленно, иногда не дает никаких клинических проявлений. Имеет длинную ножку, поэтому обладает большой подвижностью. Из осложнений следует отметить перекрут ножки опухоли и нагноение. Диагноз ставят на основании данных гинекологического исследования.

Лечение оперативное — удаление опухоли.

Тератобластома яичника — злокачественная опухоль, встречается редко. Наблюдается чаще всего в молодом возрасте, быстро растет и дает метастазы в отдаленные органы. Характерны боли внизу живота, слабость, недомогание, часто — асцит. Диагноз ставят на основании гинекологического и гистологического исследования.

Лечение оперативное. Производят экстирпацию матки с придатками. В послеоперационном периоде проводят рентгенотерапию.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. Среди злокачественных новообразований у женщин занимают одно из первых мест, а наиболее частой локализацией рака является матка.

Рак вульвы. Симптомы и течение. Ранним симптомом является зуд, в дальнейшем появляются гнойные выделения, кровотечения. При осмотре можно обнаружить изъязвление или опухолевый узел, инфильтрат.

Лечение в начальной стадии процесса оперативное. В поздних стадиях комбинированная терапия: радиорентгено- и химиотерапия.

Саркома вульвы — редко встречающаяся опухоль. Особым видом злокачественной опухоли вульвы является меланома, развивающаяся из родимых пятен. Опухоль может возникать в любом возрасте, быстро изъязвляется, дает метастазы и имеет очень злокачественное течение.

Лечение оперативное с последующим проведением лучевой и химиотерапии.

Рак влагалища. Различают первичный и метастатический рак влагалища. Первичный рак влагалища бывает в виде экзофитной (так называемая цветная капуста) и эндофитной формы (инфильтрат, быстро поражающий подлежащие ткани).

Симптомы, течение. Бели, контактные кровотечения, позднее появляются гнойно-кровянистые выделения. Диагноз ставят на основании кольпоскопии и биопсии с последующим гистологическим исследованием. Дифференциальную диагностику проводят с папилломой, сифилитической и туберкулезной язвой, эндометриозом и травматическим повреждением стенки влагалища.

Лечение — сочетанная лучевая терапия.

Саркома влагалища — редко встречаемая злокачественная опухоль. Наблюдается у девочек и женщин в менопаузе. У детей саркома влагалища протекает чрезвычайно злокачественно, быстро прорастая соседние органы. У взрослых развивается несколько медленнее, но рано дает метастазы. Диагноз устанавливают с помощью гинекологического исследования и гистологического исследования ткани опухоли.

Лечение: оперативное с последующей лучевой терапией, в поздних стадиях — рентгенорадиотерапия.

Рак шейки матки. Нередко наблюдается у повторнобеременных женщин, которым при аборте или в родах не были зашиты или остались несросшимися разрывы шейки матки с последующей деформацией ее, у женщин старше 40 лет, а иногда и в более раннем возрасте.

Различают экзофитную и эндофитную формы. При экзофитной форме опухоль имеет широкое основание и вид цветной капусты больших размеров. При эндофитной форме опухоль прорастает толщу шейки матки. Распространение рака шейки матки происходит по протяжению (переход на тело матки, влагалище, клетчатку) и путем метастазирования в лимфатические узлы малого таза, а затем в легкие, печень, мозг и другие органы.

Симптомы, течение. Водянистые бели, иногда сукровичные, цвета мясных помоев с гнилостным запахом, контактные кровотечения. Боли, нарушения мочеиспускания и дефекации, истощение появляются в более поздних стадиях рака шейки матки. При раке слизистой оболочки канала шейки отмечается уплотнение и гипертрофия шейки. При сдавлении опухолью мочеточников может наступить уремия, подвздошных сосудов — отеки нижних конечностей (обычно с одной стороны). При прорастании опухолью мочевого пузыря или прямой кишки образуются пузырно-влагалищные или прямокишечно-влагалищные свищи. При осмотре пораженная часть шейки матки имеет вид цветной капусты, при эндофитной форме обнаруживаются кратерообразные углубления. Заболевание прогрессирует

быстро. Для ранней диагностики рака следует обязательно применять следующие методы исследования: влагалищное и прямокишечное, осмотр шейки с помощью зеркал, кольпоскопию, биопсию (при малейшем подозрении на рак шейки матки), цитологическое исследование мазков, отделяемого из влагалища и шейки матки.

Лечение. В начальной стадии показана операция в сочетании с лучевой терапией. В поздних стадиях распространения проводят радиорентгенотерапию и симптоматическое лечение.

Рак тела матки. Наиболее часто наблюдается у женщин старше 50 лет, но иногда встречается и в более молодом возрасте. Является гормонзависимой опухолью, возникающей в результате гормональных нарушений в организме женщины. По мере роста процесс распространяется на мышечную оболочку матки, брюшину, тазовую клетчатку и соседние органы. Затем происходит распад опухоли, образуются полости и язвы.

Симптомы, течение. Наиболее ранним симптомом рака тела матки считаются бели водянистого, позднее — сукровичного характера. Кровянистые выделения из матки в период менопаузы — один из частых признаков рака матки. Ациклические кровянистые выделения из матки у менструирующей женщины также должны навести на мысль о возможности рака тела матки. Боли возникают в поздних стадиях процесса, при поражении опухолью брюшины и соседних органов. В этот период может повышаться температура тела. Заболевание развивается относительно медленно. В начальных стадиях общее состояние больной не нарушается, вышеуказанные симптомы могут отсутствовать. Метастазирование происходит в тазовые и парааортальные лимфатические узлы, позднее — в отдаленные органы. При наличии кровянистых выделений в менопаузе или при ациклических кровотечениях необходимо произвести диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела и шейки матки (раздельно). Диагноз ставят на основании данных гистологического исследования соскоба.

Лечение хирургическое — расширенная экстирпация (удаление) матки с придатками с последующей лучевой терапией. При противопоказаниях к операции (запущенные формы рака или тяжелые сопутствующие заболевания) проводят радиорентгенотерапию, гормонотерапию, симптоматическое лечение.

Саркома матки — злокачественная опухоль, чаще всего развивающаяся из фибромиомы. Может быть в форме подслизистого узла или полипа, может иметь интрамуральное расположение (в толще мышечной стенки), субсерозное или подслизистое. При гинекологическом исследовании и по внешнему виду опухоль не отличается от фибромиомы.

Симптомы, течение. Быстрый рост опухоли, наличие болезненности при исследовании, повышенная СОЭ. Окончательный диагноз ставят при гистологическом исследовании ткани опухоли (необходима цитодиагностика во время операции).

Лечение оперативное с последующей лучевой терапией.

Рак яичников. Различают первичный, вторичный и метастатический рак яичников. Первичный рак развивается из покровного эпителия яичников (встречается реже, чем вторичный), вторичный рак яичника — из папиллярной или муцинозной кистомы, иногда из дермоидной кисты яичника. Метастатический рак яичников (метастазирование из желудка или кишечника) обычно бывает двусторонним, опухоли достигают больших размеров.

Симптомы, течение. В ранней стадии рака яичников симптомы отсутствуют. При прогрессировании процесса ухудшается общее состояние больной, появляются асцит, боли, одышка, кахексия. Наличие опухоли яичника (с одной или с двух сторон) с бугристой поверхностью, плотной консистенции, ограниченно подвижной и присутствие свободной жидкости в брюшной полости (асцит) дают основание заподозрить рак яичника.

Лечение оперативное — удаление матки с придатками. В отличие от рака матки операцию производят в III и даже в IV стадии распространения процесса.

Профилактика. Систематические медицинские осмотры всего женского населения. Выявление и лечение предраковых заболеваний (см. *Краурозе вульвы. Лейкоплакия. Полип шейки матки. Полипоз эндометрия*). Следует обращать особое внимание на кровотечения в менопаузе, ациклические кровотечения и боли неясного характера. Поскольку до операции и гистологического исследования нельзя исключить рак яичников, всякая опухоль яичника подлежит удалению с последующим гистологическим исследованием. Больные, оперированные по поводу рака желудка, нуждаются в наблюдении гинеколога (возможность метастатического рака яичников).

Рак маточной трубы — редкая локализация рака. Развивается обычно у женщин старше 40 лет. Процесс чаще бывает односторонним. Характерным признаком является выделение значительного количества жидких белей. Диагноз ставят обычно во время операции.

Лечение оперативное с последующей рентгенотерапией.

КЛИМАКТЕРИЙ — переходный к старости период. Начинается в возрасте 45—50 лет и продолжается в течение нескольких лет.

Симптомы, течение. Менструации становятся скудными, нарушается их цикличность (периоды аменореи 2—3 мес). Общее состояние не страдает. При объективном исследовании определяются признаки гипотрофии половых органов, объясняемые угасанием функции яичников.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ — клинический симптомокомплекс, характеризующийся вегетативно-сосудистыми, обменными и эндокринными расстройствами. Часто наблюдается у женщин эмоционально неуравновешенных, перенесших стрессовые ситуации, страдающих хроническими заболеваниями, истощающих системы адаптации.

Симптомы, течение. Внезапные приливы жара к голове и грудной клетке, сопровождающиеся обильным потом. Иногда наблюдаются головная боль, головокружения, повышение АД, раздражительность, плаксивость, бессонница, быстрая утомляемость. Указанные симптомы могут встречаться в различных сочетаниях.

Лечение. Особенно важное значение имеет правильный режим труда, отдыха и питания. Необходимо назначить витамины С и группы В (или ундевит). Показана лечебная физкультура. Из медикаментозных средств в настоящее время особенно эффективны транквилизаторы и нейролептики: френолон, метеразин, этаперазин, трифтазин. Применять эти препараты следует в малых дозах по 2—15 мг в сутки в течение 4—12 нед. В некоторых случаях назначают гормонотерапию, которую проводит врач.

Крауроз вульвы — атрофический процесс, приводящий к сморщиванию кожи наружных половых органов. Исчезает подкожная жировая клетчатка половых губ, истончается кожа, выпадают волосы. Относится к предраковым заболеваниям. В результате сморщивания кожи суживается вход во влагалище, кожа становится сухой, хрупкой, легко ранимой. Крауроз вульвы сопровождается зудом, болезненностью при мочеиспускании.

Лечение. Общеукрепляющая терапия. Подмывание наружных половых органов отваром ромашки, раствором питьевой соды, смазывание мазью алоэ. Рекомендуется в/м введение алоэ по 2 мл в течение месяца. При сильном зуде возможно применение мазей, куда входят кортикостероиды. В некоторых случаях назначают мази, содержащие эстрогены (лечение проводит врач).

КРОВОТЕЧЕНИЯ МАТОЧНЫЕ. *См. Дисфункциональные маточные кровотечения. Полип шейки матки. Полипоз эндометрия. Фибромиома матки. Гормонпродуцирующие опухоли яичников. Злокачественные новообразования половых органов.*

ЛЕЙКОПЛАКИЯ. Заболевание относится к предраковым. Упорный зуд вульвы — основное проявление лейкоплакии. Наблюдается обычно в климактерический период, протекает длительно.

При осмотре на коже вульвы обнаруживают различной величины сухие белые пятна, которые могут быть на небольших участках или распространяться на всю вульву.

Лечение такое же, как при крауpозе.

ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ЕГО РАЗВИТИЯ (преждевременное и запоздалое развитие). Физиологический период полового созревания начинается с 8—9 лет и заканчивается к 18 годам. Различают две фазы полового созревания: препубертатную (от 8—9 до 13—14 лет) и пубертатную (от 13—14 до 18 лет).

В первой фазе отмечается быстрый рост тела, появляются вторичные половые признаки, менархе и заканчивается развитие вторичных половых признаков. *Вторая фаза* полового созревания характеризуется завершением развития вторичных половых признаков, замедлением роста, появлением регулярных менструаций. С этой фазой заканчивается соматическое и половое развитие, организм женщины подготовлен к осуществлению репродуктивной (детородной) функции.

Преждевременное половое созревание характеризуется более ранним появлением вторичных половых признаков и менструаций, однако имеется задержка умственного развития и неврологической симптоматики. Причинами преждевременного полового развития могут быть изменения ЦНС, врожденная дисфункция коры надпочечников, хронический тонзиллит, расстройства функции яичников при гормонпродуцирующих опухолях. Запоздалое половое развитие может быть обусловлено заболеваниями нервной системы (гипоталамо-гипофизарная область) и недостаточностью функции яичников. Обследовать больных с преждевременным и запоздалым половым развитием следует в стационаре детской гинекологии. Лечение проводит врач.

ПОЛИП ШЕЙКИ МАТКИ — наиболее часто встречается у женщин старше 40 лет. Характеризуется слизистыми и кровянистыми выделениями. Часто протекает бессимптомно. Как правило, полипы шейки матки являются доброкачественными опухолями. Диагноз ставят на основании осмотра шейки с помощью зеркал.

Лечение. Во всех случаях показано удаление полипа с последующим выскабливанием слизистой оболочки шеечного канала и тела матки и гистологическим исследованием полипа и соскоба. Больные с рецидивирующими полипами должны быть направлены к онкологу.

Полипоз эндометрия — утолщение и разрастание слизистой оболочки матки в виде полипов. Развивается при нарушении функции яичников (чаще всего в климактерическом периоде), гормонпродуцирующих опухолях яичников и при других заболеваниях желез внутренней секреции. Полипоз эндометрия расценивается как предраковое состояние, особенно при рецидивировании процесса.

Симптомы, течение. Клинически проявляется мено- и метроррагиями. При подозрении на полипоз эндометрия показано диагностическое выскабливание слизистой оболочки шейки матки и ее тела с гистологическим исследованием соскоба.

Лечение. По показаниям гормональная терапия (проводит врач).

ПОСТКАСТРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ — патологическое состояние, возникающее после хирургического удаления яичников. Проявляется приливами, головной болью, головокружениями, иногда повышением АД. Диагноз ставят на основании анамнеза (данные об операции удаления яичников).

Лечение. У 60 % больных проявления посткастрационного синдрома подвергаются обратному развитию в течение года без специального лечения. Больным с тяжелыми формами синдрома проводят общеукрепляющую терапию, курс лечения витаминами B_1, B_6, С, РР с 2 % раствором новокаина (в течение меся-

ца). Гормонотерапию по показаниям проводит врач.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ — комплекс симптомов, повторяющихся циклически и наблюдающихся только во второй половине цикла, чаще за 3—12 дней до менструации.

Симптомы, течение весьма разнообразны: головная боль, резкая раздражительность или депрессия, плаксивость, слабость, тошнота, рвота, кожный зуд, боли в сердце, приступы сердцебиения, боли в животе. При осмотре часто обнаруживают различные кожные высыпания, отеки лица, рук, всего тела, болезненное нагрубание молочных желез, метеоризм. Менструальная функция, как правило, не нарушена, иногда наблюдается гипоменорея. У каждой больной предменструальный синдром имеет индивидуальные особенности, но у всех больных в первой фазе цикла все симптомы исчезают.

Лечение. Применяют успокаивающие средства: френолон триоксазин, валериана и др. Для борьбы с отеками назначают 10 % раствор аммония хлорида по 1 столовой ложке 3 раза в день за 2 нед до менструации. При аллергических проявлениях во второй фазе цикла показаны антигистаминные препараты: димедрол, супрастин, пипольфен по 1 таблетке 1—2 раза в день. При необходимости проводят гормонотерапию (только врач).

СИНЕХИИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ (слипание малых половых губ), или слипчивый вульвит у детей. Возникает при нарушениях обмена веществ. Больные изредка предъявляют жалобы на замедленное мочеиспускание, чаще обнаруживают случайно при профилактическом осмотре. Излечивается самостоятельно с наступлением полового созревания. При грубом спаечном процессе показано оперативное рассечение.

СИНЕХИИ ВНУТРИМАТОЧНЫЕ — спаечный процесс в полости матки. Чаще всего наблюдается после абортов, особенно после повторных. Часто являются причиной бесплодия (невынашивание беременности). Диагноз ставят на основании гистерографии.

Лечение — оперативное.

ТУБЕРКУЛЕЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (специфическое воспаление) является вторичным. Микобактерии туберкулеза попадают в половые органы преимущественно гематогенным путем (чаще всего из легких, кишечника, брюшины). Встречается чаще у женщин 20—30 лет, но наблюдается также у детей и в пожилом возрасте. С момента заражения до появления клинических признаков проходит много времени (иногда годы). Наиболее часто поражаются туберкулезом маточные трубы (85—90 %), матка (35—40 %), реже — яичники (15—20 %). Туберкулезное поражение шейки матки и влагалища наблюдаются очень редко.

Симптомы, течение очень разнообразны и зависят от степени причин. Характерны длительное течение, многократные обострения процесса, нарушения менструальной функции (гипоменструальный синдром, аменорея, меноррагия), первичное бесплодие. Распознавание туберкулеза половых органов основано на изучении анамнеза (контакт с больными туберкулезом, перенесенный туберкулез в детстве), данных объективного исследования (специфические изменения в легких, субфебрилитет, результаты гинекологического исследования нехарактерны), туберкулиновых реакций Пирке, Манту и пробы Коха, а также гистеросальпингографии.

Лечение комплексное: правильный режим, рациональное питание, антибактериальная терапия, симптоматическое лечение, санаторно-курортное лечение, при наличии показаний — операция.

ЭНДОМЕТРИОЗ (ЭНДОМЕТРИОИДНАЯ ГЕТЕРОТОПИЯ) — разрастание ткани в различных отделах полового аппарата и вне его, морфологически и функционально аналогичной эндометрию. Эндометриоидная ткань претерпевает циклические изменения, обладает способностью к распространению в окружающие ткани и образованию обширных спаечных процессов.

Различают следующие локализации эндометриоза. *Генитальный* — внутренний (аденомиоз, поражение тела матки) и наружный (другие отделы половой системы); *экстрагенитальный* — не связанный с половыми органами.

Симптомы, течение зависят от его локализации. Однако есть симптомы, характерные для всех локализаций: боли, особенно резко выраженные в предменструальный период и во время менструации и обусловленные скоплением крови в эндометриоидных образованиях. Этим же объясняется увеличение указанных образований во время менструации. Чаще всего встречаются эндометриоидные кисты яичников, аденомиоз (эндометриоз тела матки), позадишеечный эндометриоз, эндометриоз тазовой брюшины. Из экстрагенитальных форм часто наблюдаются эндометриоз пупка и послеоперационных рубцов передней брюшной стенки. Диагноз ставят на основании данных анамнеза, гинекологического исследования. При необходимости применяют дополнительные методы исследования — кольпоскопию, лапароскопию, биопсию и другие.

Лечение. При эндометриоидных кистах яичников показана операция. При других локализациях применяют гормонотерапию (проводит врач) после обследования в гинекологическом стационаре.

Глава 8

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

АБСЦЕСС МОЗГА. Возникает в результате попадания в мозговую ткань гноеродных микробов при гнойном воспалении среднего уха или внутренних органов (чаще легких), открытых травмах черепа.

Симптомы. Головная боль, общее недомогание, вялость, тошнота, субфебрильная температура. Из местных симптомов могут быть эпилептические припадки, параличи, мозжечковые нарушения и др.

Лечение. Хирургическое вмешательство. До и после операции — сульфаниламидные препараты, антибиотики, дегидратирующие средства.

АМИОТРОФИЧЕСКИЙ БОКОВОЙ СКЛЕРОЗ. Этиология не ясна. Начинается в возрасте 40—50 лет. Поражаются передние рога (чаще шейного отдела) и боковые столбы спинного мозга, ядра IX, X, XII пар черепных нервов. В этих местах наблюдается разрастание глиозной ткани.

Симптомы. Вялые параличи рук, сочетающиеся с высокими сухожильными рефлексами, спастические парезы ног, смазанная речь (дизартрия), нарушение глотания. Течение медленное, прогрессирующее.

Лечение. Инъекции витаминов B_1, B_{12}, Е, АТФ, прозерина, массаж. Больные нуждаются в тщательном уходе. Кормить их надо малыми порциями в положении сидя.

АРАХНОИДИТ. Воспаление паутинной оболочки головного и спинного мозга. Причина — острые и хронические инфекции, воспаление придаточных пазух носа, черепно-мозговая травма, хронические интоксикации. Утолщается паутинная оболочка, образуются спайки, кисты, нарушается ликворообращение.

Симптомы. Локальные и диффузные головные боли, тошнота. При преимущественном поражении основания мозга вследствие вовлечения в процесс зрительных нервов снижается острота зрения, при поражении выпуклой поверхности бывают ограниченные судорожные припадки, параличи, нарушения чувствительности, речи.

Лечение. Антибиотики, сульфаниламиды, диуретики, подкожные инъекции алоэ, ФиБС, стекловидного тела, в/м бийохинол по 2 мл; электрофорез йода по Бургиньону. В тяжелых случаях показано хирургическое лечение.

АТАКСИЯ. Нарушение координации движений (промахивание при попытке попасть пальцем в кончик носа, пошатывание при ходьбе). Возникает при поражении мозжечка, задних столбов спинного мозга. Наблюдается при многих заболеваниях (рассеянный склероз, спинная сухотка и др.).

Лечение. Воздействие на основное заболевание.

АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА. Возникает преимущественно в пожилом возрасте. В основе лежит нарушение липидного обмена. Развитию заболевания способствуют нервно-психическое напряжение, эндокринные расстройства, нарушения пищевого режима (злоупотребление жирной пищей), гипертоническая болезнь. Стенки сосудов становятся плотными, неровными, просвет сосудов суживается.

Симптомы. Снижение умственной работоспособности, раздражительность, ухудшение памяти, бессонница, шум в голове, головокружение.

Лечение и профилактика. Нормализация режима питания, труда и отдыха, ежедневные прогулки, диета с ограничением животных жиров. Применяют витамины B_1, B_6, B_{15}, С, метионин, полиспонин по 0,1 г 2 раза в день, препараты йода, микстуру Бехтерева, нигексин, циннаризин (стугерон).

АФАЗИЯ. Нарушение речи, возникающее при поражении коры головного мозга (левого полушария у правшей). При моторной афазии больной испытывает затруднения в произнесении слов, но понимает речь других. При сенсорной афазии грубо нарушено понимание речи. При амнестической афазии больной забывает названия предметов, хотя помнит их назначение.

Лечение основного заболевания. Логопедические мероприятия.

БЕССОННИЦА. Симптом, возникающий при различных заболеваниях. Для ее устранения необходимо лечить основное заболевание. Наступлению сна способствуют прогулки перед сном, общие или ножные ванны. Применяют димедрол, бромиды, снотворные (нитразепам — эуноктин, радедорм, этаминал-натрий и др.).

БУЛЬБАРНЫЙ ПАРАЛИЧ. Поражение каудальной группы черепных нервов или их

ядер (IX, X, XI, XII), расположенных в продолговатом мозге. Возникают нарушения глотания, голос становится тихим и гнусавым, речь смазанная (дизартрия). Могут наступить падение сердечной деятельности, аритмия, нарушения дыхания. Является симптомом ряда заболеваний (амиотрофический боковой склероз, сирингобульбия, нарушение мозгового кровообращения и др.).

Л е ч е н и е. Воздействие на основное заболевание и средства, стимулирующие дыхание и сердечную деятельность (мезатон, лобелин, кофеин). При грубых расстройствах дыхания используют дыхательные аппараты.

ВЕГЕТОСОСУДИСТАЯ ДИСТОНИЯ. Возникает при различных заболеваниях нервной системы и внутренних органов. Характеризуется нарушениями частоты пульса, колебаниями АД, желудочно-кишечными расстройствами, повышенной потливостью, невротическими реакциями.

Л е ч е н и е. Воздействие на основное заболевание. Показаны бромиды, белласпон, беллоид, транквилизаторы, бромкамфора, ганглиоблокаторы, производные эрготамина, препараты атропина, физио- и бальнеотерапия (гальванический воротник по Щербаку, хвойные ванны, души), ЛФК.

ГИДРОЦЕФАЛИЯ (ВОДЯНКА ГОЛОВНОГО МОЗГА). Возникает вследствие увеличения количества спинномозговой жидкости в полости черепа. Различают внутреннюю гидроцефалию (скопление жидкости в желудочках мозга) и наружную (скопление жидкости в субарахноидальном пространстве). Водянка бывает врожденная (как следствие дисплазии, внутриутробной инфекции) и приобретенная (как результат перенесенного менингита, травмы, опухоли). У детей с врожденной гидроцефалией череп больших размеров, швы широкие, родничок напряжен и пульсирует. Наблюдаются экзофтальм, глазодвигательные нарушения, иногда умственная отсталость. У взрослых отмечаются головная боль, тошнота, рвота.

Л е ч е н и е. Воздействие на основную причину. Дегидратация: фуросемид (лазикс), дихлотиазид (гипотиазид). Иногда целесообразно хирургическое лечение.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ. Возникает при заболеваниях головного мозга и его оболочек, придаточных пазух носа, неврозах, заболеваниях внутренних органов, инфекциях и интоксикациях. Нарастающие головные боли, преимущественно по утрам, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, указывают на повышение внутричерепного давления (подозрение на опухоль мозга).

Л е ч е н и е. Воздействие на основное заболевание. Анальгетики, дегидратационная терапия.

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ. Наблюдается при болезни Меньера, лабиринтите, энцефалите, нарушениях мозгового кровообращения, черепно-мозговой травме и т. д. Может сопровождаться тошнотой, рвотой, нарушением походки.

Л е ч е н и е. Воздействие на основное заболевание. Запрещаются профессии, связанные с работой на высоте, с вождением транспорта. При приступе головокружения — покой, грелки к ногам, горчичники к затылку, экстракт белладонны — 0,015 г, беллоид, белласпон, инъекции 1 мл 0,1 % раствора атропина.

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ. Возникает вследствие внутриутробного поражения головного мозга.

С и м п т о м ы. Спастический тетрапарез или гемипарез; психические нарушения незначительны.

Л е ч е н и е. Массаж, ЛФК, ортопедические мероприятия, физио- и бальнеотерапия (диадинамические токи, радоновые, сульфидные ванны, горячие укутывания, грязевые аппликации).

ДРОЖАТЕЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ. Редко наблюдается как самостоятельное заболевание (болезнь Паркинсона), чаще — при атеросклерозе мозговых сосудов, после перенесенного энцефалита, черепно-мозговой травмы (паркинсонизм).

С и м п т о м ы. Дрожание рук и головы в покое, общая скованность, замедленность движений, походка мелкими шагами. Лицо маловыразительное, голос тихий, монотонный.

Л е ч е н и е. Тропацин — 0,015 г, таблетки «Корбелла» — 0,0125 г, депаркин — 0,25 г 2—3 раза в день, циклодол — 0,002 г 3 раза в день, инъекции витамина B_6, ЛФК, массаж; L-дофа по показаниям.

ЗАИКАНИЕ. Расстройство речи: она делается неясной, несоразмерной, с застреванием на одних слогах и растягиванием других. Часто встречается при неврозах как следствие психической травмы.

Л е ч е н и е. Занятия с логопедом, общеукрепляющая терапия, бромиды, транквилизаторы.

ИКОТА. Клонические судороги диафрагмы. Возникают при энцефалите, нарушениях мозгового кровообращения, непроходимости кишечника, неврозах, после операций и т. д.

Л е ч е н и е. Необходимо уточнить причину икоты. Симптоматическое лечение: 0,5 % раствор новокаина внутрь по 1—2 столовых ложки, белладонна — 0,015 г, аминазин, этаперазин

ИНСУЛЬТ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ (КРОВОИЗЛИЯНИЕ В МОЗГ). Возникает вследствие разрыва артерии или путем диапедеза эритроцитов при гипертонической болезни, атеросклерозе мозговых сосудов.

С и м п т о м ы. Внезапно после физической или эмоциональной нагрузки возникают потеря сознания, гиперемия лица, рвота. Развивается паралич конечностей на стороне, противоположной очагу поражения, повышается температура до 38—39 °С, отмечаются менингеальные симптомы.

Л е ч е н и е. Транспортировка возможна на специальной машине при отсутствии угрожающих жизни симптомов (глубокой комы, расстройства дыхания, падения сердечной деятельности). Необходимо своевременно освобождать полость рта от скапливающейся пенистой слюны, предупреждая ее попадание в дыхательные пути. Рекомендуются пиявки на область сосцевидных отростков, при повышен-

ном АД — гипотензивные средства (инъекции 1—2 % раствора дибазола по 2 мл п/к), дегидратация (новурит — 1 мл или фуросемид 1 мл в/м), димедрол или пипольфен по 1 мл п/к, в/в 10 мл 10 % раствора хлорида кальция, в/м витамин С, викасол. Тщательный туалет кожи, систематическое ее протирание камфорным спиртом. Во избежание пролежней уложить больного на резиновый круг. Следить за деятельностью мочевого пузыря и кишечника.

ИНСУЛЬТ ИШЕМИЧЕСКИЙ. Чаще развивается у лиц пожилого возраста, страдающих атеросклерозом. Некротический очаг (очаг серого размягчения) возникает при тромбозе и эмболии мозговых сосудов, при длительном их спазме, при падении сердечной деятельности у больных с коронарной и церебральной недостаточностью.

Симптомы. При тромбозе развитие заболевания постепенное, часто во время сна. Отмечается период предвестников в виде головокружения, кратковременной слабости и онемения в конечностях. Очаговые симптомы развиваются обычно при сохранном сознании. Эмболия возникает при эндокардитах, мерцательной аритмии. Очаговые симптомы появляются быстро, часто возникает кратковременная потеря сознания, иногда фокальные судорожные припадки.

Лечение. При отсутствии противопоказаний (кома, коллапс, нарушение сердечной деятельности) больного надо транспортировать в стационар. Применяют сосудорасширяющие средства: эуфиллин — 10 мл 2,4 % раствора в/в с глюкозой, папаверин — 2 мл 2 % раствора п/к. При падении сердечной деятельности — 0,5 мл коргликона или строфантина в/в с глюкозой, 1—2 мл кордиамина п/к. Применение антикоагулянтов прямого (гепарин) или непрямого (фенилин, пелентан) действия под контролем показателей свертывающей и противосвертывающей систем крови. Ежедневный туалет кожи, профилактика пролежней (положить больного на резиновый круг).

КОМА. Состояние глубокой потери сознания с отсутствием реакции на раздражения. Наблюдается при сахарном диабете, уремии, мозговых инсультах (чаще геморрагических), отравлениях, инфекционных болезнях, тяжелых черепно-мозговых травмах, опухолях головного мозга. Возникает торможение функций коры, а затем и подкорки.

Симптомы. Глубокая потеря сознания; пульс учащается или урежается, зрачки широкие или узкие. По мере нарастания комы исчезают сухожильные и кожные рефлексы, расстраивается дыхание, падает АД.

Лечение. Необходима экстренная помощь. Основное внимание надо обратить на устранение патологического процесса, вызвавшего кому (гипер- или гипогликемия, уремия и т. п.). Применяют дегидратацию: 1—2 мл фуросемида (лазикса) или новурита в/м. Назначают сердечные средства, при нарушении дыхания — цититон, лобелин, аппаратное дыхание. Необходимо следить за чистотой кожи, не допускать задержки мочи и стула.

КРОВОИЗЛИЯНИЕ СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ. Возникает при разрыве аневризм сосудов мозга.

Симптомы. Характерны внезапная резкая головная боль, рвота, возбуждение. Быстро развивается менингеальный синдром (см.). Температура обычно повышается на 2—3-й день. В спинномозговой жидкости обнаруживают примесь свежей крови.

Лечение. Больного надо осторожно перевести в стационар, обеспечить покой. Применяют кровоостанавливающие средства (викасол, хлорид кальция, витамин С, рутин). Для борьбы с возбуждением дают бромиды, делают клизму из 50 мл 3 % раствора хлоралгидрата, вводят в/м 10 мл 25 % раствора сульфата магния или 2 мл 2,5 % раствора аминазина. При показаниях — сердечные, гипотензивные средства. При разрыве аневризмы — хирургическое вмешательство.

МЕНИНГЕАЛЬНЫЙ СИНДРОМ. Раздражение мозговых оболочек, которое может быть при многих инфекциях, интоксикациях, менингитах, повышении внутричерепного давления, субарахноидальном кровоизлиянии.

Симптомы. Головная боль, повышенная чувствительность к свету, прикосновениям, шуму. Из-за раздражения нервных корешков возникает рефлекторное напряжение мышц (ригидность). Голову больного невозможно пригнуть к груди. Согнутую в тазобедренном и коленном суставах ногу невозможно полностью разогнуть в колене (симптом Кернига).

Лечение. Воздействие на основное заболевание.

МЕНИНГИТ ГНОЙНЫЙ. Осложнение гнойных процессов, открытых травм черепа.

Симптомы. Остро развивается менингеальный синдром (см.), повышается температура. Спинномозговая жидкость мутная, зеленоватая, в ней значительное количество нейтрофилов и повышено содержание белка.

Лечение. Большие дозы пенициллина (по 3 000 000—5 000 000 ЕД 5—6 раз в сутки в течение 5—8 дней). При обнаружении гнойного очага (отит) — хирургическое лечение.

МЕНИНГИТ СЕРОЗНЫЙ. Возникает при вирусном поражении оболочек и при общих инфекциях (грипп, корь, паротит и др.).

Симптомы. Острое развитие менингеального синдрома (см.), лихорадочное состояние. Спинномозговая жидкость прозрачная, содержит значительное количество лимфоцитов, давление ее повышено.

Лечение. Анальгетики, диуретики, витамины B_1, С. Для профилактики бактериальных осложнений назначают антибиотики.

МЕНИНГИТ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ. Возникает вследствие распространения туберкулезных бактерий по кровеносным сосудам из пораженных внутренних органов, костей, лимфатических узлов.

Симптомы. Характерно постепенное развитие, головная боль, слабость, потеря аппетита, субфебрилитет. Затем развиваются менингеальный синдром, парезы черепных нервов (опущение века, косоглазие и др.). Температура повышается до 39—40 °С, появляется бра-

дикардия. Спинномозговая жидкость прозрачная, содержит большое количество лимфоцитов, увеличено количество белка, уменьшено содержание сахара. Через сутки из спинномозговой жидкости выпадает тонкая пленка.

Лечение. Обязательная госпитализация. Назначают стрептомицин, ПАСК, фтивазид, витамины B_1, С, димедрол, глюконат кальция. Лечение проводят длительно до полной нормализации состава спинномозговой жидкости.

МЕНИНГИТ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНЫЙ МЕНИНГОКОККОВЫЙ - см. главу «Инфекционные болезни».

МИАСТЕНИЯ. Характеризуется повышенной утомляемостью мышц при активных движениях, больше всего выраженной в мышцах глаз, жевательных, глотки и гортани. Это приводит при повторных движениях к двоению предметов, опущению век, нарушениям жевания и глотания. В постановке диагноза помогает проведение пробы с прозерином: при введении под кожу 1 мл 0,05 % раствора симптомы заболевания исчезают на несколько часов. Нередко у больных обнаруживают функционирующую зилочковую железу (обычно она атрофируется в юношеском возрасте) или опухоль этой железы.

Лечение. Прозерин по 1 мл 0,05 % раствора п/к, оксазил — 0,005 г 2—3 раза в день, местинон — 0,06 г 2—3 раза в день. Оперативное удаление вилочковой железы или ее опухоли.

МИГРЕНЬ. Чаще возникает в юношеском возрасте; болеют преимущественно женщины. Играет роль наследственность.

Симптомы — приступы пульсирующей головной боли в одной половине головы, сопровождающиеся тошнотой, рвотой. Обычно перед приступом больные чувствуют тяжесть в голове, общее недомогание, затем появляются «искры» перед глазами или темные пятна. Иногда во время приступа отмечаются двоение предметов, парезы, афазия и т. д. (осложненная мигрень). Приступы длятся от нескольких часов до 1—2 сут. С возрастом приступы возникают реже и могут совсем исчезнуть.

Лечение и профилактика. Нормализация режима труда и отдыха, занятия спортом. В период предвестников и во время приступа — беллоид, белласпон в таблетках, дигидроэрготамин по 10 капель, кофеин — 0,1 г, никотиновая кислота — 0,02 г, эфедрин — 0,01 г, димедрол — 0,05 г, ацетилсалициловая кислота, спазмовералгин, седалгин, горчичники на затылок и на икры, транквилизаторы (диазепам — седуксен, мепротан).

МИЕЛИТ. Воспаление спинного мозга, вызываемое вирусами или микробами. Может быть первичным или осложнением инфекционных заболеваний либо травм позвоночника.

Симптомы. Отмечается повышение температуры, параличи конечностей, нарушения чувствительности по проводниковому типу, тазовые нарушения, трофические расстройства.

Лечение. Глюкокортикостероиды (преднизолон и др.), антибиотики, сульфаниламиды, диуретики, витамин B_1. Тщательный туалет кожи, обработка пролежней. В стадии восстановления — диазепам, мидокалм, ЛФК, массаж, в резидуальной стадии — санаторно-курортное лечение.

МИОПАТИЯ (ПРОГРЕССИВНАЯ МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ). Медленно прогрессирующая атрофия мышц без поражения нервной системы. Заболевание наследственное. При юношеской форме атрофируются преимущественно мышцы плечевого пояса, при других формах — мышцы лица, плечевого и тазового пояса, спины. Детская форма поражает обычно мальчиков, характеризуется псевдогипертрофиями (конечности кажутся увеличенными в объеме из-за отложения жира на месте атрофирующихся мышц), быстрым прогрессированием заболевания с распространением атрофий на все отделы.

Лечение. Инъекции витамина Е по 2 мл в/м, АТФ — по 1—2 мл в/м, прозерин — 1 мл 0,05 % раствора п/к, ретаболил, глюконат кальция, витамины группы В, ЛФК, массаж.

НЕВРАЛГИИ И НЕВРИТЫ. Поражения периферических нервов, обусловленные охлаждением, инфекцией, травмой, интоксикацией, аллергией, нарушениями обмена веществ. Характеризуются болями и нарушениями чувствительности в зоне иннервации соответствующего нерва.

Невралгия тройничного нерва. Возникает при заболеваниях зубов, придаточных пазух носа, при сужении костных отверстий, через которые проходят ветви нерва.

Симптомы. Заболевание проявляется сильнейшими приступами боли в лице длительностью несколько секунд или минут, возникающими чаще при разговоре и еде. Провоцируют боли простуда, инфекция, охлаждение. При обследовании выявляется болезненность в точках выхода ветвей тройничного нерва. Обнаруживаются определенные «курковые» зоны на лице, при прикосновении к которым можно вызвать болевой приступ.

Лечение. Карбамазепин (тегретол, финлепсин), ацетилсалициловая кислота, амидопирин, анальгин, сухое тепло, УВЧ-терапия, ультразвук, электрофорез новокаина. При тяжелом течении — алкоголизация пораженной ветви или хирургическое вмешательство. Обязательно лечение больных зубов и воспаления придаточных пазух.

Неврит лицевого нерва. Возникает чаще после переохлаждения, гриппа и других инфекций, реже — воспаления среднего уха, перелома основания черепа.

Симптомы. Развивается паралич мышц лица на соответствующей стороне: больной не может наморщить лоб, зажмурить глаза; рот перекошен в здоровую сторону.

Лечение. Ацетилсалициловая кислота, никотиновая кислота, диуретики, антибиотики, глюкокортикостероидные средства, соллюкс, парафин, ультразвук, полумаска Бергонье с йодидом калия или хлоридом кальция, инъекции витамина B_1, прозерина; ЛФК, легкий массаж. При сухости глаз закапывать 30 % раствор сульфацила натрия.

Неврит лучевого нерва. Чаще развивается при травмах, иногда после длительного нарко-

за с фиксацией руки, инъекции в наружную поверхность плеча.

Симптомы. Возникает слабость разгибателей предплечья, кисти с атрофией мышц, расстраивается чувствительность на наружной поверхности предплечья и на тыле пальцев и кисти. Кисть свисает, пальцы полусогнуты.

Неврит локтевого нерва. Чаще травматический, иногда при артрите.

Симптомы. Нарушаются сгибание основных фаланг всех пальцев и приведение пальцев. Атрофируются межкостные мышцы («когтистая лапа»). Расстраивается чувствительность на пальцах.

Неврит срединного нерва. Развивается при инфекциях, травмах.

Симптомы. Затруднено противопоставление I пальца, сгибание пальцев в кулак, атрофируются мышцы I пальца («обезьянья лапа»). Чувствительность нарушается на наружной поверхности ладони и на I, II, III и половине IV пальцев. Нередки боли.

Неврит бедренного нерва. Возникает часто при воспалительных и опухолевых заболеваниях органов малого таза, при травме.

Симптомы. Появляются боли по передневнутренней поверхности бедра, затруднено сгибание бедра и разгибание голени, мышцы передней поверхности бедра атрофируются. Исчезает коленный рефлекс. Положителен симптом Вассермана (натяжение). Необходимо отличать от поражения тазобедренного сустава, при котором появляются боли не только при сгибании, но и ротации бедра, болезненна нагрузка по продольной оси ноги.

Неврит седалищного нерва (ишиас). Причины — общие для других невритов, остеохондроз позвоночника.

Симптомы. Появляются боли в ягодичной области, задней поверхности бедер и голени, болезненно растяжение нерва: положительны симптомы Ласега, посадки. Отмечаются гипотония ягодичных, икроножных мышц, снижение ахиллова рефлекса.

Невралгия межреберная. Возникает при различных инфекциях.

Симптомы. Появляются опоясывающие боли в грудной клетке, болезненна пальпация соответствующего межреберья. Боли усиливаются при кашле, чиханьи. Нередко межреберная невралгия является симптомом заболевания внутренних органов, позвоночника, поэтому необходимо тщательное обследование больного.

Лечение невритов. Противовоспалительная терапия, анальгетики, витамины группы В, прозерин, алоэ. Физиотерапия, ЛФК, массаж.

НЕЙРОРЕВМАТИЗМ — ревматическое поражение нервной системы. Выделяют: 1) ревмоваскулит, протекающий с разнообразными нарушениями мозгового кровообращения (тромбоз сосудов, субарахноидальное кровоизлияние, эмболия сосуда); 2) ревматический менингоэнцефалит (малая хорея — см., диэнцефалит и другие формы); 3) мозговой ревматизм с эпилептиформным синдромом; 4) острые и затяжные ревматические психозы; 5) ревматические невриты; 6) ревматический энцефаломиелит; 7) ревматический менингомиелит. Для нейроревматизма типичны множественность очагов поражения и их кратковременность. Сосудистые формы чаще встречаются в среднем и пожилом возрасте, энцефалиты — у детей.

Лечение. Противоревматическая и симптоматическая терапия (см. соответствующие заболевания).

НЕЙРОСИФИЛИС. Может возникать в любой стадии заболевания.

Ранний нейросифилис развивается в первые 5 лет после заражения. Поражаются преимущественно оболочки и сосуды. Сифилитические менингиты могут протекать остро или хронически. При остром течении выражен менингеальный синдром, отмечается поражение черепных нервов, повышение температуры до 38—39 °С. При хроническом менингите типично поражение черепных нервов (чаще глазодвигательных, зрительного). Менингеальный синдром выражен нерезко. В спинномозговой жидкости повышено содержание белка, увеличено число лимфоцитов (100—150 клеток в 1 мкл), реакция Вассермана положительная. Сифилитический васкулит проявляется повторными нарушениями мозгового кровообращения с быстрым восстановлением нарушенных функций.

Лечение проводят совместно с венерологом по типовым схемам, состоящим из 6—8 курсов. Заканчивают лечение при нормализации спинномозговой жидкости и серологических реакций.

Наиболее типична **поздняя форма нейросифилиса — сухотка спинного мозга.** Развивается через 15—20 лет после заражения.

Симптомы. Характерны «простреливающие» боли во внутренних органах («желудочные», «сердечные»), нарушение походки («штампующая»), обусловленное поражением задних столбов спинного мозга с расстройством глубокой чувствительности в ногах, поражения черепных нервов (зрительного, глазодвигательных), трофические нарушения, угасание сухожильных рефлексов. В крови и спинномозговой жидкости определяется положительная реакция Вассермана.

Лечение. Специфическая терапия повторными курсами, общеукрепляющее лечение, физиотерапия, при болях — анальгетики.

НОЧНОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ. Характеризуется непроизвольным мочеиспусканием во время сна. Встречаются чаще у маленьких детей. Причины разнообразны: неправильное гигиеническое воспитание ребенка, заболевание мочевыводящих путей, врожденные дефекты позвоночника и спинного мозга, психические травмы и др.

Лечение. Правильное воспитание, гигиенический режим дня. Ограничить прием жидкости на ночь. Успокаивающие средства, физиотерапия, психотерапия.

ОБМОРОК. Внезапная кратковременная потеря сознания, возникающая при сосудистом кризе с острым малокровием мозга. Наблюдается при психических травмах, болевом раздражении, больших кровопотерях, интоксикации и т. д. Чаще бывает у лиц с вегетососуди-

стой лабильностью. Длится несколько минут. Предвестники: головокружение, тошнота, ощущение нехватки воздуха. Необходимо отличать от эпилептических приступов.

Л е ч е н и е. Неотложная помощь: уложить больного, открыть форточку или окно, дать подышать парами раствора аммиака (нашатырного спирта) с ватки; инъекции кофеина или кордиамина.

ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА. Характеризуются общемозговыми симптомами (головная боль, чаще по утрам, с тошнотой и рвотой), связанными с повышением внутричерепного давления, и симптомами очагового поражения, зависящими от места расположения опухоли (параличи, речевые нарушения, эпилептические припадки и др.).

Л е ч е н и е. Операция. Симптоматическая терапия: дегидратационные средства, при эпилептических припадках — противосудорожные препараты.

ОПУХОЛИ СПИННОГО МОЗГА. Опухоли, исходящие из корешков или оболочек (внемозговые), проявляются корешковыми болями, к которым затем присоединяются симптомы сдавления спинного мозга (парезы, параличи, расстройства чувствительности и др.). Внутримозговые опухоли характеризуются постепенно нарастающими симптомами поражения спинного мозга. Для уточнения диагноза необходимо обследование в неврологическом или нейрохирургическом отделении.

Л е ч е н и е. При внемозговых опухолях — операция, при внутримозговых — рентгенотерапия, иногда лучевая терапия. При сдавлении спинного мозга необходим тщательный уход за больным, профилактика пролежней. Очень важно следить за деятельностью мочевого пузыря (катетеризация) и кишечника (клизмы).

ПОЛИНЕВРИТЫ. Множественное поражение периферических нервов. Наблюдается при инфекциях (грипп, дифтерия), интоксикациях (алкогольные, свинцовые, ртутные и др.), обменных нарушениях (диабет), авитаминозах.

С и м п т о м ы. Боли, онемение в конечностях, слабость и гипотония мышц дистальных отделов рук и ног, нарушения чувствительности в виде перчаток и чулок.

Л е ч е н и е. Воздействие на основное заболевание. Витамины B_1, B_{12}, прозерин, дибазол, массаж, физиотерапия, ЛФК.

ПОЛИОМИЕЛИТ. Вызывается вирусом. Заболевание передается через дыхательные пути и желудочно-кишечный тракт.

Выделяют 3 клинические формы: а б о р т и в н у ю (протекает как легкое инфекционное заболевание с катаром дыхательных путей или желудочно-кишечными расстройствами), н е п а р а л и т и ч е с к у ю (в виде серозного менингита) и п а р а л и т и ч е с к у ю (развиваются параличи мышц с атрофиями, исчезновением рефлексов).

Л е ч е н и е. При подозрении на полиомиелит — немедленная госпитализация, постельный режим. Иммунная сыворотка в/м (30—60 мл), гамма-глобулин, прозерин, дибазол, витамин B_1; в восстановительном периоде — ЛФК, массаж, ортопедическое и санаторно-курортное лечение.

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. Наблюдаются чаще при вакцинации против бешенства, оспы. Заболевание проявляется через несколько дней после вакцинации. Возможно развитие энцефалита, полирадикулоневрита (см.). Течение чаще благоприятное.

Л е ч е н и е. Димедрол, хлорид кальция, витамин B_1, дегидратация, прозерин, дибазол.

РАДИКУЛИТЫ. Поражение корешков спинномозговых нервов первичное (инфекционное или токсическое), или вторичное (обусловленное обменно-дегенеративными, воспалительными, опухолевыми процессами в позвоночнике и окружающих тканях).

Шейно-грудной радикулит. Проявляется болью, двигательными и чувствительными нарушениями в области шеи, надплечья, спины, рук. Болезненны паравертебральные точки на шейно-грудном уровне.

Пояснично-крестцовый радикулит. Наиболее распространен. Отмечаются боль в пояснице с отдачей в ногу, защитная противоболевая поза с напряжением длинных мышц спины, искривлением позвоночника. Нарушена чувствительность, снижены или не вызываются сухожильные рефлексы. Выражены болевые точки. При упорных болях необходима спинномозговая пункция для исключения опухоли.

Л е ч е н и е. Постельный режим, сухое тепло, анальгетики, диуретики, по показаниям — преднизолон. При обменных нарушениях в позвоночнике — уродан, атофан. Физиотерапия: в остром периоде УФО, электрофорез новокаина, ультразвук, синусоидальные модулированные токи; в восстановительном — массаж, ЛФК. При хронических радикулитах — курортное лечение (грязевые аппликации, радоновые, сульфидные ванны). В отдельных тяжелых случаях показано хирургическое вмешательство (грыжа диска).

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ. Инфекционно-аллергическое хроническое заболевание, характеризующееся периодами обострения и ремиссиями, постепенно прогрессирующее. Заболевают лица молодого и среднего возраста. В основе лежит образование очагов распада миелина нервных волокон с последующим разрастанием глии и образованием «бляшек». Начало и рецидивы заболевания провоцируются охлаждением, простудой, травмой.

С и м п т о м ы. В начальном периоде отмечают преходящие нарушения зрения, парезы, расстройства координации. Обнаруживают нистагм, скандированную речь, интенционное дрожание (триада Шарко), симптом Бабинского, отсутствие брюшных рефлексов. В дальнейшем эти симптомы делаются постоянными.

Л е ч е н и е. Кортикостероидные гормоны (преднизолон по 25 мг 3—4 раза в день в течение 2 мес), димедрол, супрастин, витамин B_1, прозерин, аутогемотерапия, витамины.

СИРИНГОМИЕЛИЯ. Медленно прогрессирующее хроническое заболевание, связанное с дефектами эмбрионального развития спинного мозга с образованием полостей и участков глиоза.

Симптомы. Диссоциированное расстройство чувствительности: нарушение болевой и температурной чувствительности при сохранности тактильной (по типу «полукуртки» или «куртки»), из-за чего часты ожоги, которых больной не чувствует. Обнаруживают также слабость и атрофию мышц рук, особенно кистей.

Лечение. Рентгенотерапия на ранних стадиях болезни, витамин B_1, прозерин, массаж, ЛФК; при болях — анальгетики.

СУДОРОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ. Непроизвольные сокращения отдельных мышц (локальные) или мышц всего тела (генерализованные). Приступы генерализованных судорог бывают при эпилепсии, черепно-мозговых травмах, опухолях, энцефалитах, сосудистых заболеваниях, общих инфекциях (у детей), интоксикациях, эклампсии беременных. Часто они заканчиваются потерей сознания, упусканием мочи, прикусом языка. Локальные судороги наблюдаются при опухолях мозга, энцефалитах, после черепно-мозговой травмы. Наиболее тяжелая форма судорожного состояния — эпилептический статус, при котором развивается серия следующих друг за другом припадков. При этом возможна смерть от асфиксии, падения сердечной деятельности.

Лечение. Во время припадка надо поддерживать голову больного, чтобы предохранить от ушибов, ввести в рот жгут из мягкой ткани или шпатель для предотвращения прикуса языка. Фенобарбитал — 0,05—0,1 г 1—2 раза в день, гексамидин — 0,25 г 2—3 раза в день, карбамазепин (тегретол, финлепсин), бромиды, глюконат кальция — 0,5 г 1—2 раза в день. При эпилептическом статусе — 25 % раствор сульфата магния в/в, 50 мл 5 % раствора хлоралгидрата в клизме.

Профилактика. Лица, страдающие судорожными состояниями, должны избегать перегревания, приема алкоголя.

ТРАВМА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ (закрытая).

Сотрясение мозга. Характеризуется кратковременной потерей сознания, головной болью, тошнотой, рвотой, головокружением. Выявляются нестойкие очаговые симптомы (нистагм), колебания АД.

Ушиб мозга. Более тяжелая степень поражения, чем сотрясение. Общемозговые симптомы сочетаются с выраженными очаговыми нарушениями (парезы, афазия) вследствие размозжения вещества мозга.

Лечение. Строгий постельный режим (при легкой степени сотрясения мозга не менее 10 дней). Анальгетики, дегидратирующая терапия (сульфат магния 10 мл 25 % раствора в/м, глицерин внутрь, в/в капельно 10—20 % раствор маннита), ганглиоблокаторы, антигистаминные препараты, витамины.

Сдавление мозга. Возникает при кровотечении из внутричерепных сосудов. Возможно субарахноидальное кровоизлияние, эпи- и субдуральное. Субарахноидальное кровоизлияние характеризуется развитием сразу же после травмы менингеального синдрома и наличием крови в спинномозговой жидкости. Для эпидуральной гематомы характерен «светлый» промежуток, т. е. ухудшение состояния обнаруживается через несколько часов после травмы. Важным диагностическим симптомом является расширение зрачка на стороне гематомы, появление локальных судорог или пареза в противоположных конечностях. При субдуральной гематоме общемозговые и очаговые симптомы возникают через несколько дней.

Лечение гематом оперативное. При субарахноидальном кровоизлиянии — викасол, глюконат кальция, витамин С, дегидратирующие средства.

ХОРЕЯ МАЛАЯ. Ревматический энцефалит с преимущественным поражением подкорковых узлов. Чаще болеют дети школьного возраста. Ребенок делается беспокойным, раздражительным, капризным, появляются гримасы, насильственные движения в конечностях, исчезающие во время сна.

Лечение. Постельный режим, противоревматические средства, бромиды, валериана, димедрол, супрастин, хлорид кальция.

ЦИСТИЦЕРКОЗ МОЗГА. Возникает при попадании в желудок яиц свиного цепня с загрязненными овощами или водой с последующим их проникновением в кровяное русло и заносом в мозг.

Симптомы зависят от количества цистицерков в мозге, их локализации. Выделяют клинические формы: опухолеподобную, гидроцефальную, менингеальную, эпилептиформную. В диагностике помогает исследование спинномозговой жидкости (выявляют цитоз, типична реакция связывания комплемента).

Лечение. При одиночных цистицерках — оперативное их удаление. При множественном цистицеркозе — дегидратация, противосудорожные средства.

Профилактика сводится к санитарно-просветительной работе, мероприятиям по борьбе с гельминтами.

ЭЛЕКТРОТРАВМА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. Возможна при работе с переменным током, при разряде молнии.

Симптомы. Нарушение сознания разной длительности, брадикардия, головные боли, головокружение, бессонница. В последующем часто развиваются астеноневротическое состояние и вегетососудистая дистония.

Лечение. Удаление пострадавшего от источника тока. Реанимационные мероприятия (искусственное дыхание, сердечные средства, внутриартериальное введение крови). В дальнейшем — витамины B_1, B_6, С, дибазол, седативные средства.

ЭНЦЕФАЛИТЫ. Воспалительные заболевания головного мозга первичные (эпидемический, клещевой, комариный) и вторичные (при общих инфекциях и интоксикациях); см. также раздел «Инфекционные болезни».

Эпидемический энцефалит Экономо. Вызывается вирусом. Инкубационный период — от 1 дня до нескольких месяцев. Распространяется капельным путем. Заболевание развивается исподволь, появляются расстройства сна (сонливость или стойкая бессонница), двоение в глазах, косоглазие, головокружение, потливость, психические нарушения. Часты стертые

формы заболевания. Температура чаще субфебрильная. Хроническая стадия заболевания протекает в форме дрожательного паралича (см.).

Л е ч е н и е. Глюкокортикостероиды (преднизолон и др.), антибиотики широкого спектра действия. Снотворные при бессоннице, кофеин при сонливости.

Энцефалит клещевой. Вирусное заболевание. Переносчики — иксодовые клещи. Заражение происходит при укусе клещей. Инкубационный период — 10—14 дней. Начало острое, высокая температура, сильная головная боль. Наиболее типичны параличи мышц шеи и плечевого пояса с атрофиями, поражение черепных нервов, менингеальный синдром. Более распространены стертые формы без параличей.

Л е ч е н и е. Вводят в/м гипериммунную специфическую сыворотку по 40—50 мл по Безредке через 24 ч повторно, гомологичный гамма-глобулин по 3—6 мл 2—3 раза в сутки; по показаниям — глюкокортикостероиды, диуретики, витамины.

П р о ф и л а к т и к а. Уничтожение клещей, ношение закрытой одежды, вакцинация.

Глава 9

ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

АЛКОГОЛИЗМ ХРОНИЧЕСКИЙ — психическое заболевание, вызванное длительной интоксикацией организма алкоголем и, как следствие, токсическим поражением головного мозга и внутренних органов. Развивается постепенно из бытового пьянства, способствующего патологическому пристрастию к алкоголю, при этом формы алкогольного опьянения утяжеляются.

Алкогольное опьянение характеризуется психическими, неврологическими и соматическими нарушениями различной глубины.

Клиническая картина. Выделяют три стадии алкогольного опьянения. Первая стадия легкое опьянение: приподнятое настроение, развязное поведение, разговорчивость; гиперемия лица, блеск глаз, тахикардия, тремор пальцев рук, нарушение координации точных движений. Субъективное ощущение облегчения мыслительных процессов. Исчезновение чувства неуверенности в себе, но объективно — снижение продуктивности мышления и критики. Вторая стадия (опьянение средней тяжести): эйфория, болтливость, расторможение влечений, грубость, гневливость, утрата контроля за своими поступками. Появление дизартрии, шаткости походки. Усиление гиперемии, появление синюшности. Третья стадия (тяжелое опьянение): резкое затруднение психических процессов, сонливость, нарушение координации движений, сужение зрачков. Может развиться сопор с последующей амнезией (чаще при хроническом алкоголизме).

Алкоголизм характеризуется появлением зависимости психического и соматического состояния от потребления алкоголя, т. е. стремлением облегчить состояние повторными приемами алкоголя. В результате теряется самоконтроль за его потреблением, повышается толерантность (чувствительность) к алкоголю в первых стадиях алкоголизма и понижается в третьей стадии. Прекращение приемов алкоголя ведет к развитию синдрома воздержания (абстиненции) с неудержимым стремлением опохмелиться. У больных понижается настроение вплоть до подавленного состояния с тревогой, страхом, нарушением сна, слуховыми и зрительными галлюцинациями чаще в ночное время. Наблюдается слабость, потливость, тахикардия, головокружение, тремор конечностей, желудочно-кишечные, а в тяжелых случаях сердечные нарушения и расстройства функции печени. Возникают тяжелые формы опьянения (сопорозные и коматозные) с последующей амнезией (потеря памяти), запоями и деградацией личности.

Симптомы. Выделяют три стадии хронического алкоголизма. *Первая стадия*: повышение толерантности, утрата контроля за употреблением алкоголя, появление тяжелых форм опьянения с амнезией, патологическое влечение к алкоголю, но без абстиненции. Астения с повышенной утомляемостью, раздражительностью, колебанием настроения в сторону понижения, неуверенностью в себе, снижением работоспособности. *Вторая стадия*: дальнейшее повышение толерантности к алкоголю, полное развитие синдрома зависимости и появление абстиненции с неудержимым бесконтрольным влечением к алкоголю, псевдозапои или многодневное беспрерывное пьянство. Трудоспособность очень низкая, они быстро утомляются. У больных изменяется характер: появляются непостоянство, лживость, грубость, эгоизм. Снижается интеллект и критика, ухудшается память. Характерна несдержанность, склонность к истерическим реакциям. В *третьей стадии* появляются истинные запои (что связано со снижением толерантности к алкоголю); вследствие непереносимости алкоголя больной через неделю прекращает пить, а затем начинает пить вновь. Опьянение часто носит сопорозный характер с последующей амнезией. Абстиненция ярко выражена, сопровождается тяжелой интоксикацией с сомато-вегетативными расстройствами. Выявляется алкогольная деградация личности. Могут возникать эпилептиформные припадки, алкогольные психозы, соматические нарушения: алкогольная кардиопатия, гипертония, поражение печени и почек, хронический гастрит. При неврологическом обследовании выявляются неравномерность сухожильных рефлексов, вегетативная дистония, иногда полиневрит.

Диагноз хронического алкоголизма ставят на основании синдрома зависимости от алкоголя с потерей самоконтроля за характером пьянства, наличием синдрома абстиненции, а также на основании алкогольных изменений личности. Анамнез, со слов больного, необходимо дополнить сведениями от родных,

а также с места работы и места жительства. Течение хронического алкоголизма в большинстве случаев прогредиентное, поэтому необходимо раннее выявление заболевания и активное лечение.

Лечение хронического алкоголизма проводят в наркологическом стационаре или амбулаторно в наркологическом кабинете. Лекарственную терапию начинают с купирования интоксикаций или абстиненции. Проводят дезинтоксикационную и общеукрепляющую терапию (40 % раствор глюкозы в/в, унитиол 5 % 5 мл в/м 3 раза в неделю, витамины B_1, B_6, B_{12}, аскорбиновая и никотиновая кислоты в/м, экстракт алоэ, дуплекс п/к, метионин внутрь) в сочетании с сердечными средствами (кордиамин, кофеин, при болях в сердце — нитроглицерин, валидол под язык). Для купирования тревоги, беспокойства, нарушения сна после дезинтоксикации назначают нейролептики: аминазин, левомепромазин (тизерцин), диазепам — седуксен по 5 мг 3—4 раза в день, триоксазин по 0,3 г 2—3 раза в сутки.

После ликвидации абстинентных явлений и улучшения соматического состояния проводят антиалкогольную терапию. Для подавления влечения к алкоголю применяют условнорефлекторную терапию апоморфином для выработки отрицательного рефлекса на вкус и запах водки. Курс лечения — 10 сеансов. В первый сеанс вводят п/к 0,1—0,2 мл 1 % раствора апоморфина. Больному дают 80 мл водки, предлагают понюхать и прополоскать рот, а затем выпить. При слабой рвотной реакции через 2 дня сеанс повторяют, увеличивая дозу апоморфина. Максимальная доза к концу курса — 0,4 мл п/к. Для усиления рвотной реакции применяют большие дозы апоморфина в сочетании с рвотной смесью (касторовое масло и рыбий жир — по 60 г, сульфат меди — 0,6 г, сульфат натрия — 30 г, дистиллированная вода — 200 мл). Больные принимают 200 г указанной смеси и запивают несколькими глотками водки; затем им вводят 0,4 мг 1 % раствора апоморфина п/к. У больных возникает выраженная рвотная и вегетативная реакция; в это время им дают понюхать водку и прополоскать ею рот. Длительность реакции до 40 мин. Наиболее частое осложнение — коллапс. Для его предупреждения после начала рвотной реакции вводят кордиамин — 2 мл и кофеин — 1 мл 10 % раствора п/к. Через 2—3 дня вызывают повторные реакции, всего 5—6 сеансов. У некоторых больных отвращение к алкоголю обнаруживается уже после первого сеанса.

После образования условной реакции на алкоголь (отвращение, тошнота, позывы на рвоту, гиперемия лица, тахикардия) больным назначают ежедневно тетурам по 0,25—0,5 г в день в течение 2 мес, а затем — 5 дней прием препарата и 3 дня перерыв. Одновременно проводят общеукрепляющую терапию. Больные могут лечиться амбулаторно, но они должны постоянно находиться под врачебным контролем.

В последние 3 десятилетия при лечении хронического алкоголизма применяют сенсибилизирующие средства, под влиянием которых развивается непереносимость спиртных напитков, закрепляемая условнорефлекторным методом. К сенсибилизирующим препаратам относят тетурам (антабус), циамид, метронидазол (трихопол), фуразолидон, пирроксан и фурадонин. Наиболее распространенным из них является отечественный препарат тетурам (антабус). Лечение начинается с купирования алкогольной абстиненции или интоксикации. Далее проводится курс алкогольно-тетурамовых сеансов, затем больным назначают поддерживающую терапию тетурамом по 0,25—0,3 г в сутки (не выше 0,5 г); после 6 дней приема препарата делают перерыв 2—3 дня. Через несколько месяцев рекомендуется следующий режим приема тетурама: 2 нед — прием, 2—3 нед — перерыв. Сенсибилизирующие препараты применяют в новых лекарственных формах — для внутримышечных инъекций и для подкожной имплантации. Для внутримышечных инъекций тетурам выпускают в растворе под названием «абрифид», а для подкожных имплантаций — «радотер» («эспераль»).

В отдельных случаях возникает непереносимость фурадонина (зуд, дерматит).

Сенсибилизирующее и условнорефлекторное лечение хронического алкоголизма может успешно сочетаться с гипносуггестивной терапией. Каждый вид лечения должен подкрепляться требованием категорического отказа от употребления спиртных напитков на протяжении всей жизни. Необходимы систематические психотерапевтические беседы с больным. Родным и друзьям рекомендуют создать для больного в быту и на работе такую обстановку, которая исключала бы употребление спиртных напитков.

Антиалкогольная терапия наиболее эффективна в первой стадии хронического алкоголизма и менее эффективна в третьей стадии, для которой характерна деградация личности с формированием органических изменений в головном мозге (алкогольная энцефалопатия). В борьбе с хроническим алкоголизмом важную роль играют профилактические мероприятия — активное выявление больных алкоголизмом и лиц, неумеренно употребляющих спиртные напитки, их учет и диспансерное наблюдение для предотвращения развития синдрома алкогольной зависимости или для своевременного лечения. Этим занимается специально созданная в стране наркологическая служба (наркологические стационары, наркологические диспансеры, кабинеты наркологов при поликлиниках, МСЧ, на промышленных предприятиях).

Работа наркологической службы проводится в контакте с общественностью, администрацией предприятий, которые хорошо знают вредные привычки своих жильцов или сослуживцев. В работе используются санитарно-просветительные мероприятия, чтение лекций на антиалкогольные темы на предприятиях, по радио и телевидению.

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ. Алкогольный бред ревности. Больные подозревают жену в измене, следят за ней, требуют признания в супружеской неверности; в состоянии алко-

гольного опьянения становятся агрессивными, могут совершить социально-опасные действия. Подлежат госпитализации в психиатрическую больницу. Лечение — нейролептические средства: аминазин — 200—300 мг/сут, трифтазин — 20—40 мг/сут, галоперидол 20—45 мг/сут в/м.

Алкогольный галлюциноз развивается на фоне абстиненции; преобладают слуховые галлюцинации без помрачения сознания. Больной слышит голоса (два или несколько), которые либо бранят, либо защищают больного. Он прислушивается к голосам, относится к ним первое время некритично, воспринимая их как реальные. Нередко больные бывают возбуждены, испытывают страх и под влиянием галлюцинаций совершают различные, иногда опасные, действия.

Больные с острым алкогольным галлюцинозом в срочном порядке стационируются в психиатрическую больницу, где должны находиться под круглосуточным надзором. Лечение — дезинтоксикационные средства: унитиол, глюкоза, левомепромазин (тизерцин), по 50—75 мг/сут в/м с одновременной инъекцией 2 мл кордиамина. После купирования возбуждения указанными препаратами назначают нейтролептики антигаллюцинаторного действия: галоперидол — по 10 мг в/м 3 раза в сутки, трифтазин — по 10—15 мг в/м 3 раза в сутки, одновременно назначают витамины группы В и вливания в/в 20 мл 40 % раствора глюкозы. Нейролептики вводят внутримышечно до исчезновения галлюцинаций, а затем применяют внутрь с постепенным снижением доз. Далее проводят антиалкогольную терапию.

В ряде случаев течение галлюциноза принимает хронический характер, галлюцинации могут держаться годами. У больных появляется более критическое к ним отношение. Необходима госпитализация.

Лечение — нейролептические препараты: внутрь галоперидол — 30 мг/сут, трифлуперидол (триседил) — 0,25 мг/сут с постепенным повышением суточной дозы до 2—8 мг, трифтазин — 60 мг/сут, витамины.

Алкогольный делирий (белая горячка) развивается при длительном запое или на фоне абстиненции при наличии добавочных вредностей (соматические заболевания, травмы мозга, психогения, послеоперационный период). Характеризуется нарушением сна, делириозным помрачением сознания, аффектом тревоги, страха и двигательным возбуждением. Наблюдаются соматические расстройства — тахикардия, падение АД, потливость, диспепсия, общий тремор, повышение температуры. Белая горячка начинается со зрительных галлюцинаций в ночное время. По мере развития психоза галлюцинации становятся устрашающими и фантастическими. Наступает помрачение сознания в форме делирия с дезориентировкой в окружающем при сохранении сознания собственной личности, со зрительными галлюцинациями ярко сценического, иногда устрашающего характера. Сопровождается чувством страха, иногда отрывочными бредовыми идеями. Больные возбуждены, повышенно говорливы, защищаются от своих «видений». При тяжелой степени делирия наблюдаются неокоординированные движения (больные «обираются», стягивают с себя «нити»).

Часто встречаются микропсии: больные видят мелких зверей, маленьких червей и человечков. Течение заболевания острое, продолжается несколько дней и заканчивается либо выходом из болезненного состояния с неполными воспоминаниями, либо летально при наличии выраженной сердечно-сосудистой недостаточности. Больные подлежат срочной госпитализации в психиатрическую больницу и должны находиться на постельном режиме под круглосуточным наблюдением.

Лечение. Купирование белой горячки проводят раствором 0,3—0,4 г фенобарбитала в 20 мл этилового спирта и 150 мл воды; раствор дают однократно, одновременно вводят 2 мл кордиамина п/к. Далее применяют дезинтоксикационные средства: унитиол — 5 мл 5 % раствора в/м, глюкоза — 20 мл 40 % в/в, большие дозы витаминов B_1 и B_6, никотиновая кислота, сердечные средства. На следующий день назначают левомепромазин (тизерцин) — 50 мг/сут в/м (под контролем артериального давления) либо галоперидол — 30 мг/сут в/м.

Корсаковский психоз характеризуется расстройствами памяти и полиневритом. Возникает чаще всего после белой горячки. Отмечается глубокая астения с резкой истощаемостью, слабостью. Запоминание резко нарушено при сохранении в памяти прошлого. Больные не ориентируются во времени и в окружающем, не могут днем сообщить о событиях, которые были утром. Критика к болезни отсутствует. Течение психоза длительное. Лечение — большие дозы никотиновой кислоты, ноотропил (пирацетам) по 0,4 г 3 раза в сутки, витамины B_1, B_6, общеукрепляющая терапия, физиотерапия, лечебная физкультура.

Патологическое опьянение — психическое состояние, возникающее при приеме алкоголя в особом состоянии, связанном с изменением обстановки, длительной бессонницей, переутомлением, эмоциональным перенапряжением, недавно перенесенным заболеванием. Может развиться при полете в самолете или переезде в поезде. Характерно помрачение сознания типа сумеречного: восприятие окружающего внезапно изменяется, появляются бредовые идеи преследования, галлюцинации, страх. У больных возникает возбуждение с гневом, яростью, агрессией. Характерный признак — отсутствие расстройства координации движений (больные не шатаются, походка у них уверенная). Начинается патологическое опьянение внезапно, протекает кратковременно и также внезапно заканчивается очень глубоким сном, сопровождается амнезией (потерей памяти).

АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. Психические нарушения при атеросклерозе сосудов головного мозга имеют прогредиентный характер. В соответствии с течением болезни они проявляются следующими периодами: 1) манифестный период с астени-

ческими, неврозоподобными и психопатоподобными синдромами, возникшими на основе функционально-динамических нарушений вследствие атеросклероза сосудов мозга; 2) период выраженных клинических проявлений с тревожно-депрессивным, тревожно-ипохондрическим, тревожно-бредовым синдромами и острой спутанностью, развившимися на основе атеросклеротической энцефалопатии; 3) период деменции с дисмнестическими нарушениями (деменция псевдосенильная, постапоплектическая), развившимися на основе грубых атеросклеротических органических поражений головного мозга.

В начальном периоде наиболее часто выявляется астения. У больных снижается работоспособность, появляются быстрая утомляемость, трудность переключения с одного вида деятельности на другой, затруднение в освоении нового дела, недомогание, тяжесть и давление в голове, головные боли, головокружения, иногда легкие парестезии. Астения развивается очень медленно, имеет волнообразное течение. Постепенно развивается снижение памяти, больному трудно припомнить даты, имена, термины. В течение ряда лет больные справляются со своими привычными обязанностями, однако затрачивают на их выполнение все больше времени. Отмечаются нарушения внимания, затруднение в использовании запасов памяти. В дальнейшем расстройства памяти углубляются. Больные с трудом запоминают и усваивают новые знания, но память на прошлое длительное время остается сохранной. Настроение больных обычно пониженное, больные сознают наступившие у них изменения и относятся к ним критически. Волнообразность течения постепенно становится менее выраженной; психические расстройства приобретают постоянный характер, обнаруживая тенденцию к прогрессирующему развитию. Психическая деятельность становится все более ригидной, односторонней, круг интересов резко сужается и сосредотачивается на мелочах. Меняется характер больных: появляются черты скупости, ворчливости, придирчивости, бесцеремонность с тенденцией вмешательства в чужие дела.

Во втором периоде на фоне нарастающих соматических и неврологических расстройств (см. *Внутренние болезни, Нервные болезни*) у больных развивается тревожно-депрессивное состояние с подавленным настроением, слезливостью, неуверенностью в своих силах, тревогой за свое здоровье. Больные испытывают разнообразные сенестопатии («покалывает лицо», «печет затылок», «немеют ноги» и т. д.). Отмечается ипохондрическая фиксация на незначительных соматических болезненных ощущениях. При тревожно-ипохондрическом состоянии больные высказывают тревожные опасения в наличии у них какого-либо заболевания (чаще рака), ищут у себя признаки этой болезни. У некоторых больных возникают галлюцинаторно-параноидные расстройства с наличием бреда ущерба, воздействия, преследования (больной уверяет, что соседи составили против него заговор с целью обокрасть его, прожить за его счет; в их поступках он все время ищет тайный смысл, перестает выходить из дома, запирается на много замков).

В третьем периоде отмечается состояние деменции (слабоумия). У больных резко расстраивается память на текущие события и относительно сохранена на прошлое. Отмечается выраженное слабоумие. Больные беспомощны, не могут себя обслуживать. Последствием перенесенных кровоизлияний в головном мозге может явиться постапоплектическое слабоумие, которое выражается в глубоких расстройствах памяти, насильственном смехе и плаче, полной беспомощности с невозможностью обслуживать себя и амнестической дезориентировкой в окружающем. Может развиться поздняя эпилепсия. При хронической ишемической болезни головного мозга у некоторых больных развивается псевдосенильное слабоумие с афатическими нарушениями и нарушением праксиса, резким снижением памяти со сдвигом в прошлое, расстройством ориентировки в окружающем и в собственной личности.

Лечение психических нарушений при атеросклерозе зависит от клинической картины. Астеническое и невротическое состояние в первом периоде является обратимым. После лечения атеросклероза (*см. Внутренние болезни, Нервные болезни*) применяют аминалон — по 0,25 г 2—4 раза в день, общеукрепляющую терапию, транквилизаторы. Трудоспособность больных обычно восстанавливается. Необходимо динамическое наблюдение в психоневрологическом диспансере для предупреждения декомпенсации, которая обычно бывает связана с психическими травмами, алкоголизмом и другими экзогенными факторами. Необходим правильный режим, чередование посильного для больного труда и отдыха. Для лечения депрессий применяют пиразидол, азафен, амитриптилин, имизин (мелипрамин). Доза препаратов обычно невысокая (при повышении дозы у больных могут развиться делириозные явления). При параноидных синдромах показаны трифтазин, аминазин. Дозировка устанавливается индивидуально в зависимости от психического, соматического и неврологического состояния больного (см. *Внутренние болезни, Нервные болезни*). Лечение поздней эпилепсии проводят фенобарбиталом и другими антисудорожными средствами (см. *Эпилепсия*). Трудоспособность больных в этом периоде обычно утрачивается. При атеросклеротическом слабоумии проводят симптоматическую терапию; больные нуждаются в уходе и надзоре.

Психические нарушения при гипертонической болезни трудно отличимы от атеросклеротических. В начальной стадии гипертонической болезни также развивается астенический синдром, отмечается ослабление памяти: обычно расстраивается запоминание текущего, настоящего. Могут наблюдаться нарушения сознания, которые возникают внезапно, длятся от нескольких часов до нескольких дней, сопровождаются резким подъемом артериального давления, а при снижении гипертензии проходят. Помрачение сознания может проявляться

в виде делирия с яркими зрительными галлюцинациями иногда устрашающего характера; имеют место единичные слуховые галлюцинации.

Псевдотуморозный синдром при гипертонической болезни напоминает клиническую картину при развитии опухоли мозга. Больные жалуются на интенсивную головную боль, эйфоричны, раздражительны, нередко гневливы. Развивается брадипсихизм с замедленностью движений. Псевдотуморозный синдром развивается остро, и основой его является гипертонический криз (см. *Нервные болезни*). После гипертонического инсульта может развиться псевдопаралитический синдром. Больные эйфоричны, благодушны, с выраженными нарушениями памяти; круг интересов ограничен бытовыми вопросами, работоспособность утрачена; иногда имеет место переоценка собственной личности; критического отношения к своему состоянию у больных нет.

Лечение. Наряду с общетерапевтическими мероприятиями (см. *Внутренние болезни, Нервные болезни*) при гипертонических психозах могут быть применены психофармакологические препараты: резерпин, аминазин, пропазин, тиоридазин (меллерил), галоперидол. Применение этих средств требует постоянного контроля за колебаниями АД во избежание развития тяжелых коллапсов и постоянного наблюдения за неврологическим состоянием больных во избежание осложнений экстрапирамидного характера со стороны нервной системы.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ. Психические нарушения могут возникать на разных этапах течения инфекционного заболевания. Как правило, по окончании инфекционного заболевания отмечается так называемая астения реконвалесцентов с повышенной истощаемостью, раздражительностью, головной болью. Астения проходит постепенно в течение 1—3 нед. Рекомендуется общеукрепляющая терапия. В остром периоде инфекционного заболевания у отдельных больных может развиться помрачение сознания в форме делирия, реже аменции. При развитии делирия появляются множественные зрительные галлюцинации фантастического или устрашающего характера, больные отрешены от окружающего, не ориентируются во времени и обстановке, но ориентировка в собственной личности сохраняется. Больные испытывают страх, беспокойны. Аменция сопровождается глубокой растерянностью, аффектом недоумения, бессвязанностью мышления и речи в виде бессмысленного набора слов. Отмечается дезориентированность в окружающем и собственной личности. Больные возбуждены, не отвечают на вопросы. Длительность аментивного помрачения сознания — от нескольких дней до нескольких недель; по выздоровлении больные не помнят острого периода болезни. Необходимо тщательно следить за состоянием больного.

Лечение. Рекомендуется назначение снотворных средств, так как бессонница является ранним симптомом психических нарушений. Для купирования возбуждения, которое возникает при помрачении сознания, рекомендуется введение 25 % раствора сульфата магния — 10 мл в/м, 2,5 % раствора аминазина — 2 мл в/м или 0,5 мл 0,5 % раствора галоперидола в/м. Проводят дезинтоксикационную терапию (вливания глюкозы), массивную витаминотерапию, подкожные инъекции изотонического раствора натрия хлорида, обильное питье, рациональное калорийное питание. Больных с острыми инфекционными психозами не рекомендуется переводить в психиатрическую больницу. Их необходимо оставить в инфекционном отделении для лечения основного заболевания, изолировать их от других больных и назначить индивидуальный круглосуточный санитарный пост.

Несмотря на определенную общность в развитии психических нарушений при острых инфекционных заболеваниях, при некоторых болезнях можно отметить присущие им особенности.

Брюшной тиф. Психические изменения в первом периоде болезни характеризуются угнетением психики, вялостью, астенией. На высоте заболевания иногда ночью возникает кратковременный делирий с обилием зрительных галлюцинаций и двигательным возбуждением. В конце соматического заболевания при явлениях соматического истощения у отдельных больных может развиться аментивное помрачение сознания с дезориентированностью в окружающем, растерянностью, недоумением, бессвязностью речи; иногда наблюдается двигательное возбуждение в пределах постели. Больные нуждаются в строгом надзоре, назначении индивидуального медицинского поста.

Лечение. Помимо этиологического лечения, рекомендуются мероприятия, направленные на улучшение физического состояния (вливание глюкозы, витаминов; при развитии делирия — седативные средства, галоперидол — 2,5 мг/сут в/м, трифтазин — 5 мг/сут в/м (внутрь психотропные препараты не давать).

Воспаление легких. Психические нарушения возникают на высоте крупозной пневмонии. Чаще наблюдается делирий со множественными зрительными галлюцинациями устрашающего характера, резким возбуждением (больные пытаются куда-то бежать). Интенсивность помрачения сознания колеблется. Психоз чаще возникает в период кризиса и связан не только с явлениями интоксикации, но и с явлениями аноксемии. Лечение: вдыхание кислорода, применение седативных (валериана, пустырник) и сердечных средств. Больные нуждаются в строгом наблюдении, назначении индивидуального медицинского поста на период делирия.

Грипп. Психические изменения характеризуются астенией, на фоне которой может развиться депрессия с суицидальными мыслями. При тяжелом вирусном гриппе могут возникать делирии с резким двигательным возбуждением, иногда с поражением черепных нервов, высокой температурой. Психозы длятся в течение нескольких дней. Обычно заканчиваются выздоровлением. Энцефалитический гриппозный психоз с сосудистым поражением токсического и воспалительного характера иногда

заканчивается летально. Лечение симптоматическое и антитоксическое. Больные нуждаются в строгом надзоре медицинского персонала.

Малярия. Психические нарушения могут возникать на высоте приступа в форме делириозного помрачения сознания с обильными сценоподобными галлюцинациями, с дезориентировкой в окружающем, возможен переход в аментивное состояние. Продолжительность — от нескольких часов до нескольких дней.

Лечение — см. лечение малярии хинином или акрихином, общеукрепляющая терапия, седативные средства — этаперазин, хлорпротиксен в небольших дозах.

Сыпной тиф. Психические нарушения характеризуются делириозным помрачением сознания на высоте болезни с развитием бреда «двойника» (больному кажется, что рядом с ним лежит другой человек), с бредовыми идеями воздействия (больным кажется, что их тело разрывают), с ощущением каких-то катастроф (больным кажется, что они куда-то летят, проваливаются); настроение тревожно-подавленное с возбуждением. Психоз обычно продолжается до разрешения болезни, заканчивается длительным сном и выраженной астенией. Больные нуждаются в строгом надзоре, необходим индивидуальный пост на время делирия. Лечение — симптоматические, общеукрепляющие, седативные средства (малые дозы этаперазина). В период астении рекомендуется аминалон.

С увеличением числа заболеваний инфекционно-аллергического генеза с вялым течением, к которым относится **бруцеллез, ревматизм** и т. д., были выявлены иные формы психических нарушений. При длительном и тяжелом течении заболевания, сопровождающемся выраженной астенией, могут возникать протрагированные психозы в форме аффективных, параноидных и органических психосиндромов. Протрагированные психозы протекают длительно — от 2—3 нед до нескольких месяцев. Депрессивные состояния характеризуются частыми колебаниями настроения в течение дня — от тоски с суицидальными мыслями до подавленности с раздражительной слабостью и быстрой истощаемостью, брюзжанием, недовольством окружающей обстановкой, лечением. Параноидные состояния характеризуются развитием на фоне выраженной астении так называемого примитивного бреда отношения с нестойкими бредовыми идеями, содержание некоторых отражает внешнюю ситуацию (воспринимаемую больным неправильно) и постоянно меняется вместе с изменением этой ситуации. Больные утверждают, что к ним относятся хуже, чем к другим, дают меньше лекарств, хотят от них избавиться. В некоторых случаях, при неблагоприятном течении основного заболевания, протрагированные психозы могут переходить в органические изменения личности со снижением памяти и критики, истощаемостью, апатией.

Лечение такое же, как лечение основного заболевания, а также общеукрепляющая терапия, аминазин — 12—50 мг/сут, трифтазин — 5—10 мг/сут, а при депрессии — пиразидол или амитриптилин — 25—50 мг/сут. В дальнейшем при хорошей переносимости дозы могут быть увеличены. Больные нуждаются в надзоре медицинского персонала, рекомендуется индивидуальный пост.

ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ — психические нарушения, возникающие вследствие воздействия разнообразных токсических факторов — промышленных ядов, инсектицидов, ядовитых грибов и т. д. (см. *Нервные болезни*).

Для острой интоксикации характерно помрачение сознания чаще в форме делирия, иногда переходящего в сопор и кому. Сопровождается рядом соматических и неврологических расстройств. При длительной хронической интоксикации развиваются обратимые, но с протрагированным течением депрессивно-параноидные, кататонические синдромы, иногда амнестический (корсаковский) синдром. Далее снижается интеллект, нарушается память, постепенно нарастает органическое слабоумие.

Лечение симптоматическое, дезинтоксикационное, осторожное применение нейролептических средств только при протрагированных психозах. Необходима госпитализация больных, постельный режим, тщательное наблюдение.

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ (циркулярный психоз) характеризуется периодическими аффективными приступами (депрессиями или маниями) с последующим полным восстановлением здоровья (светлый промежуток). Этиология заболевания недостаточно ясна. Придается значение наследственной отягощенности, в основе которой лежит конституциональная аномалия. К предрасполагающим моментам относятся психические травмы и соматические заболевания. Болезнь возникает обычно в зрелом возрасте, чаще болеют женщины.

Депрессивная фаза. В клинической картине ведущее место занимает расстройство настроения в виде тоски, а также другие изменения психической деятельности. Развернутый синдром характеризуется аффективным, идеаторным и двигательным торможением. Тоска носит витальный характер, сопровождается болями в области сердца. Больные безрадостны, не испытывают интереса к жизни, свое будущее представляют безнадежным, окружающее воспринимают мрачно. Мышление замедленно, отличается однообразным депрессивным содержанием; всякое умственное напряжение кажется тяжелым. Больные жалуются на снижение памяти. Много лежат, побуждение к деятельности снижено, движения замедленны, выражение лица скорбное, речь тихая, односложная. Больные высказывают бред самообвинения, считают себя преступниками, лишними людьми. У некоторых больных возникают суицидальные мысли и тенденции; снижается аппетит, нарушается сон, уменьшается масса тела; отмечаются тахикардия, повышение АД, широкие зрачки. Наблюдаются суточные колебания состояния: утром депрессия выражена сильнее, чем вечером.

Всех больных, у которых отмечаются суицидальные мысли и тенденции, стационируют

в надзорное психиатрическое отделение. Они должны находиться под строжайшим круглосуточным надзором, об их состоянии должен быть поставлен в известность весь персонал отделения. Их вещи необходимо каждый день просматривать. Лекарства больные должны принимать под наблюдением персонала.

Депрессивные фазы могут быть менее глубокими, их клиническая картина в ряде случаев проявляется тревогой, двигательным беспокойством (ажитацией).

Обычно больных с депрессией стационируют в психиатрическую больницу или дневной стационар (если нет суицидальных мыслей). Возможно амбулаторное лечение под постоянным врачебным контролем и надзором со стороны родных, которые следят за приемом больным лекарств, за возможным резким ухудшением состояния.

Маниакальная фаза — немотивированно повышенное веселое настроение, сопровождающееся ускорением интеллектуальных процессов, речевым и двигательным возбуждением. Больные испытывают чувство необыкновенной бодрости, прилив сил. У больных выражено стремление к деятельности, но ни одно дело они не доводят до конца; непоседливы, временами возбуждены, многоречивы. Возникающие при маниакальном состоянии идеи величия носят обычно конкретный характер и заключаются в преувеличении собственных достоинств или занимаемого положения. Наблюдается расторможение инстинктов: больные прожорливы, сексуальны, у них отсутствует контроль за своим поведением. Сон обычно расстроен. Несмотря на прожорливость, больные худеют. Симпатико-тонические расстройства (тахикардия, повышение артериального давления, мидриаз) в маниакальной фазе выражены меньше, чем в депрессивной. Больные в маниакальном состоянии госпитализируются в психиатрическую больницу в связи с неправильным поведением.

Фазы маниакально-депрессивного психоза заканчиваются полным восстановлением здоровья с сохранением индивидуальных особенностей личности. Иногда в светлых промежутках могут возникать легкие колебания настроения без существенного изменения работоспособности. Выделяют депрессивный тип течения, при котором маниакальных фаз не возникает, маниакальный тип — без депрессивных фаз и циркулярный тип — с чередованием маниакальных и депрессивных фаз. Легкие формы этого заболевания называются циклотимией.

Лечение депрессивной фазы проводят антидепрессантами (имизин — мелипрамин, амитриптилин), если нет ажитации, тревоги, ипохондрически-сенестопатических нарушений. Назначают мелипрамин до 150—200 мг в первую половину дня перорально или 100—125 мг в/м; на ночь при нарушении сна рекомендуется левомепромазин (тизерцин) — 0,025 г, или нитразепам (эуноктин) — 0,01 г (или 0,005 г), или феназепам — 0,0005 г. Амитриптилин назначают в дозе 200—400 мг/сут. При достижении терапевтического эффекта дозы постепенно снижают.

При ажитированной или ипохондрической депрессии из антидепрессантов может применяться пиразидол в дозе 0,1—0,15—0,3 г/сут. При резко выраженном двигательном возбуждении, страхе, сенестопатиях рекомендуется применять нейролептики широкого спектра действия — аминазин до 100 мг/сут или левомепромазин до 50—75 мг/сут; постепенно дозы нейролептиков снижают, а дозы антидепрессантов увеличивают. Необходим контроль за артериальным давлением, картиной крови, протромбиновым индексом, функцией печени и почек.

Лечение маниакальной фазы проводят нейролептиками широкого спектра действия — аминазином (150—200 мг в/м или до 300 мг/сут перорально) или тизерцином (150 мг/сут внутрь или 75 мг/сут в/м). Одновременно назначают корректоры — циклодол (до 6—9 мг/сут), при бессоннице — неулептил (10 мг на ночь).

НАРКОМАНИИ, ТОКСИКОМАНИИ. Наркомания — патологическое привыкание к наркотикам, вызывающим состояние эйфории, беспечности, меняющим психическое состояние наркомана. Токсикомания — патологическое пристрастие к некоторым лекарственным веществам, меняющим психическое состояние пациента.

Наркомания вызывается наркотиками (морфин, промедол и т. д.), токсикомании — снотворными средствами (барбитураты), транквилизаторами (диазепам — седуксен и т. д.), психостимуляторами (циклодол и т. д.).

Для наркоманий и токсикоманий характерно постепенное формирование триады синдромов:

1) появление синдрома лекарственной зависимости (зависимость психического и физического комфорта от приема препарата);

2) постепенное изменение толерантности с повышением доз и изменением формы опьянения наркотиком или снотворным;

3) наличие абстиненции и неукротимого (физического или компульсивного) влечения к наркотику, так как жизнедеятельность организма наркомана нормализуется лишь при определенном уровне наркотизации.

Злоупотребление наркотиками и снотворными ведет к социальной деградации личности: наркоманы и токсикоманы идут на любые противозаконные ухищрения для добывания необходимого им препарата. У них постепенно падает активность, утрачиваются интересы к жизни, наступает физическое истощение с общей слабостью, бессилием. Снижается сопротивляемость к внешним неблагоприятным воздействиям. Смертность наркоманов и токсикоманов довольно высока и наступает раньше средней продолжительности жизни человека.

Клиническая картина и течение каждой формы наркомании или токсикомании имеют свои особенности, что связано с фармакологической активностью препарата, его наркогенной способностью.

Одной из частых форм наркоманий является **морфинизм**. Для него характерно быстрое привыкание: формирование синдрома зависимости, повышение толерантности и появление

абстиненции происходит в течение 2 мес. Клиническая картина морфинного опьянения проявляется в быстром наступлении эйфории, которая сменяется благодушием, покоем, общей расслабленностью, чувством тяжести в конечностях и парестезиями, грезоподобными представлениями, фантазиями при некоторой отрешенности от окружающего. Постепенно, приблизительно через 4 ч, сноподобное состояние переходит в сон, который длится до 3 ч. Морфинное опьянение сопровождается вегетативными нарушениями — сужением зрачков, бледностью и сухостью кожи, брадикардией, гипотонией.

Лечение морфинизма проводят в условиях наркологического отделения. В первое время лечебные мероприятия направлены на купирование абстиненции. Далее проводится лечение атропином (атропиновый делирий). Рекомендуется лечебная гимнастика, трудовая терапия. Проводят сеансы психотерапии. Влечение к наркотику у больных постепенно подавляется. Больные должны длительное время находиться в стационаре во избежание рецидива наркомании.

Примером **токсикомании** может служить злоупотребление снотворным (барбитураты). Острая интоксикация барбитуратами вызывает эйфорию, болтливость, суетливость, быструю смену настроения, агрессивность; снижается частота пульса и возникает гипотония, отмечается дизартрия, нарушение походки и координации движений. Через 3 ч наступает сон, после которого пациент медлителен, испытывает слабость, головную боль, тошноту. Примерно через 5—6 мес после начала злоупотребления снотворными образуется синдром зависимости, повышается толерантность, появляется абстиненция, которая возникает в течение суток после последнего приема снотворного. Ее клиническая картина характеризуется злобностью больного, дисфорией, подавленным настроением, бессонницей, отсутствием аппетита. На высоте абстиненции иногда возникают судорожные припадки и развивается делирий, напоминающий алкогольный. Отмечаются озноб, потливость, расширение зрачков, судорожное сведение мышц голеней, тремор конечностей, понос, рвота, учащенное сердцебиение и подъем артериального давления. Длительность абстиненции до 1 мес (включая период обратного развития).

При длительном злоупотреблении снотворными развивается интоксикационная энцефалопатия с органическими изменениями в неврологическом состоянии больного и его психике: замедленность психических процессов (брадипсихизм), падение работоспособности, истощаемость, нарушение памяти, обеднение мышления и речи (олигофазия), снижение интересов. Внешний вид барбитуромана также свидетельствует о состоянии интоксикации: бледное одутловатое лицо с землистым оттенком, мутные глаза, тусклые («неживые») волосы, долго незаживающие раны при сниженной сопротивляемости к гнойничковой инфекции. Течение токсикоманий прогредиентное, рано наступает инвалидизация.

Барбитуромания с трудом поддается лечению, несмотря на длительное пребывание больных в наркологических стационарах; рецидивы наступают быстро и часто. Для купирования абстиненции назначают дезинтоксикационную терапию, пирроксан. Далее применяют препараты из группы ноотропов.

Необходимо раннее выявление наркоманий и токсикоманий (при активном участии общественности), госпитализация больных и активное лечение в стационаре. Большую роль в борьбе с наркоманиями играют профилактические мероприятия, проводимые среди населения наркологической службой.

НЕВРОЗЫ — группа заболеваний, в основе которых лежат временные обратимые нарушения психики функционального характера, обусловленные перенапряжением основных нервных процессов — возбуждения и торможения. Возникают в условиях длительной травмирующей ситуации и относятся к психогениям.

Истерический невроз характеризуется повышенной аффективной лабильностью и внушаемостью, тенденцией к подражанию, склонностью к фантазированию, поведением с элементами театральности. Некоторые больные реагируют на неприятности истерическими припадками с истерическим сужением сознания, рыданиями, патетичностью. Истерические припадки не сопровождаются резким внезапным падением с ушибами и повреждениями, не возникают, когда больной находится один. Двигательные расстройства носят выразительный характер и соответствуют содержанию переживаний больного. Иногда они имеют характер бурных проявлений аффекта. Больной падает, беспорядочно размахивает руками и ногами, бьет ими об пол, выгибается дугой, выкрикивает отдельные слова. Длительность истерического припадка — от нескольких минут до нескольких часов. Истерический припадок в отличие от эпилептического не сопровождается выраженным нарушением мышечного тонуса, спазмами сфинктеров с последующим их расслаблением и недержанием мочи и кала; у больных сохраняется реакция зрачков на свет, могут быть вызваны сухожильные рефлексы, а также реакция на болевое раздражение, больные воспринимают обращение к ним и реагируют на него. После истерического припадка у больных остается смутное воспоминание о происшедшем.

Одно из проявлений истерии — расстройство сознания, также возникающее под влиянием психической травмы. Восприятие окружающего нарушено, искажено. Обстановка кажется мрачной, угрожающей, она отражает травмирующую больного ситуацию. Аффективные нарушения характеризуются тревогой, страхом. В поведении появляются черты детскости, беспомощности, элементы ложного слабоумия — псевдодеменции. У некоторых больных развиваются неврологические нарушения: снижение чувствительности по типу чулок и перчаток, дрожание рук и ног, астазия-абазия, истерическая глухота, афония. Появляются вегетативные расстройства — сердцебиение, одышка, выраженные сосудистые реакции. Истерический невроз заканчивается по-

сле исчезновения психически травмирующей ситуации.

Неврастения возникает в результате истощения нервной системы в условиях длительной травмирующей ситуации. Характеризуется астенией, раздражительностью, слабостью, снижением работоспособности, нарушением сна. Имеется субъективное ощущение расстройства памяти. Развиваются вегетативные нарушения: повышенная потливость, сердцебиение, одышка.

Невроз навязчивых состояний характеризуется навязчивыми страхами, представлениями, навязчивыми сомнениями и действиями, склонностью к самоанализу, неуверенностью в себе, нерешительностью, повышенной чувствительностью и ранимостью. У больных могут развиваться навязчивые страхи ипохондрического содержания (страх смерти, страх возможной остановки сердца). Иногда развивается страх высоты, страх попасть под транспорт (иногда после автомобильной аварии). Нередко навязчивые страхи сочетаются с навязчивыми действиями (навязчивый счет, навязчивая перестановка предметов). Больные критически относятся к этим явлениям, пытаются их преодолеть. Течение более длительное, чем при неврастении и истерическом неврозе.

Невротическая депрессия проявляется подавленным, иногда тоскливым настроением с некоторой замедленностью психомоторных реакций и мышления, однообразными депрессивного содержания воспоминаниями, пессимистическими взглядами на будущее, фиксированностью на травмирующей ситуации. Сопровождается склонностью к слезам, раздражительностью, сенситивностью, снижением аппетита и нарушением сна. Бредовых идей самообвинения, витальных нарушений, выраженной психомоторной заторможенности или ажитации, а также суточных колебаний состояния не отмечается; невротическая депрессия не достигает глубины психоза, носит обратимый характер, проходит при разрешении травмирующей ситуации или под влиянием лечения.

Ипохондрический невроз характеризуется повышенным вниманием к своему здоровью, своим ощущениям, опасением в наличии неизлечимого недуга. Иногда возникает вследствие неосторожного замечания врача или медицинского персонала по поводу состояния здоровья пациента (ятрогения). Сопровождается тревогой, нарушением сна и вегетативными проявлениями: сердцебиением, учащением дыхания, дисфункцией кишечника. Носит обратимый характер, как и все неврозы.

Лечение неврозов: устранение по возможности психотравмирующей ситуации или смягчение реакции пациента на эту ситуацию. Показана госпитализация больных в санаторные отделения психоневрологических больниц. Выключение пациента из травмирующей ситуации (семейные неприятности, конфликт на работе) оказывает благоприятное действие. Лечебный режим, общеукрепляющее лечение также благоприятно влияют на больного. В ряде случаев лечение неврозов проводят амбулаторно. Показано применение транквилизаторов и психотерапии. Транквилизаторы — диазепам, хлордиазепоксид, триоксазин, рудотель и др.— снимают аффект тревоги, уменьшают чувствительность к внешним раздражителям, вызывают успокоение и мышечное расслабление, улучшают сон. Назначаются как курсовое лечение; со временем один транквилизатор заменяют другим во избежание привыкания.

На фоне смягчения невротической симптоматики проводят психотерапию: 1) выработка у больного правильной реакции на ситуацию, воспитание у него определенных взглядов на свое поведение в травмирующей ситуации, изменение способа реагирования на эту ситуацию; 2) аутогенная тренировка; 3) групповая психотерапия больных с различными формами неврозов; 4) гипнотерапия. Большое значение имеют мероприятия по социальной реабилитации.

ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА. Клиника психических нарушений зависит от характера опухоли, локализации и давности заболевания. При злокачественной опухоли (или метастазе) психические нарушения возникают внезапно, проявляются нелепыми поступками, бессвязными и бессмысленными высказываниями. Далее наступает оглушение, постепенно переходящее в сопор. При доброкачественных опухолях психические нарушения проявляются вначале гиперестезией, утомляемостью, постепенным снижением памяти и затруднением интеллектуальной деятельности, замедленной реакцией на окружающее, упорной головной болью. Иногда возникают судорожные припадки и пароксизмальные нарушения сознания. Далее присоединяется локальная симптоматика — психосенсорные нарушения, однообразные элементарные слуховые и зрительные галлюцинации (лай собак, писк и т. д.), афатические и апрактические нарушения, развиваются синдромы помрачения сознания — оглушение, сопор, кома.

Лечение нейрохирургическое. Больные нуждаются в уходе и надзоре.

ОЛИГОФРЕНИЯ (умственная отсталость) — задержка развития психики и всего организма, характеризующаяся интеллектуальным дефектом и отсутствием прогредиентности. Этиология разнообразна: первая группа — олигофрении, связанные с поражением генеративных клеток родителей и с хромосомной аберрацией (болезнь Дауна и т. д.); вторая группа — олигофрении, связанные с врожденными нарушениями различных видов обмена (фенилпировиноградная олигофрения; олигофрения, связанная с галактоземией); третья группа — олигофрении, возникающие в связи с различными патогенными факторами, действующими во время родов, беременности, а также в раннем детстве (несовместимость групп крови матери и ребенка, врожденный сифилис, родовая травма, перенесенные в раннем возрасте энцефалиты и менингиты).

Клинические проявления олигофрении зависят от глубины интеллектуального дефекта и особенностей этиологии. По тяжести интеллектуального дефекта олигофрении делятся на идиотию, имбецильность и дебильность.

Идиотия характеризуется вегетативным

образом жизни больного, наличием инстинктов. Речь отсутствует. Больные ко всему равнодушны, слабо реагируют на окружающее, не могут ходить и стоять, не умеют одеваться, беспомощны, требуют ухода и надзора.

Имбецильность характеризуется менее выраженным интеллектуальным дефектом. Больные приобретают небольшой запас представлений, овладевают речью, но запас слов очень беден. Они обладают механической памятью. Легко внушаемы, недостаточно самостоятельны; способны к самообслуживанию, охотно повторяют заученные приемы несложных видов труда. К самостоятельной жизни не приспособлены, нуждаются в опеке.

Дебильность характеризуется еще менее глубоким интеллектуальным дефектом. Больные способны к обучению в специальных условиях (школа для умственно отсталых, индивидуальное обучение), приобретают определенный запас слов, но употребляют слова механически, без достаточного понимания смысла. Обобщения и абстракции больным малодоступны. Развитие эмоций недостаточное. Больные внушаемы. При наличии специальных условий могут приспособиться к жизни и овладеть несложной профессией.

При олигофрении могут наблюдаться состояние дисфории, нарушение влечений, психомоторное возбуждение. При указанных состояниях больные подлежат госпитализации в психиатрическую больницу.

Л е ч е н и е. Для купирования возбуждения применяют галоперидол, неулептил в сочетании с циклодолом.

Широко применяется витаминотерапия, глутаминовая кислота; при эндокринных нарушениях — лечение гормонами, при нарушениях обмена — специальная диета. Большое значение имеет правильное воспитание и обучение умственно отсталых, привитие им трудовых навыков. Целесообразно сочетать обучение с применением пирацетама (ноотропил) по 0,4 г в капсуле 1—2 раза в день, повышая дозу до 0,4 г 3 раза в день. Под влиянием пирацетама улучшается интеллектуальная деятельность, память, повышается работоспособность. При выраженной расторможенности, неусидчивости показано сочетание пирацетама с неулептилом или тиоридазином (меллерилом) в небольших дозах. Курс лечения 2 мес, после перерыва 2—3 нед курс повторяют.

ПРЕСЕНИЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ (предстарческие) возникают в период инволюции; этиология неясна, большое значение придается возрастному нарушению функции эндокринных желез. Предрасполагающими моментами являются психогении и соматические заболевания. Психоз проявляется в форме инволюционной меланхолии и инволюционного параноида.

Инволюционная меланхолия в большинстве случаев возникает после непродолжительного продромального периода с явлениями астении, снижением настроения, головной болью. В дальнейшем развивается депрессия с явлениями ипохондрии и многочисленными сенестопатиями, повышенным вниманием к своему здоровью, навязчивым опасением заболеть тяжелым неизлечимым заболеванием или убежденностью в наличии неизлечимого недуга. Сопровождается вегетативными симптомами — тахикардией, потливостью, диспепсическими явлениями и множественными необычными ощущениями — сенестопатиями (ощущение жжения в теле, ползание мурашек, шевеление сосудов и нервов). Поведение больных неправильное. Они назначают себе особый режим, диету. Постоянно обращаются к врачам различных специальностей, требуя многочисленных обследований.

Острый период заболевания проявляется в форме ажитированной депрессии: больные постоянно находятся на ногах, мечутся, стонут, ожидают предстоящих мучений, казни, гибели семьи. Восприятие окружающего носит иллюзорный характер; в разговорах людей слышат угрозы по своему адресу, обвинения, осуждения. У больных наблюдаются соматические изменения — преждевременное одряхление, похудание. Течение заболевания длительное, после выраженных клинических расстройств наступает стабилизация клинической картины. Затем аффективные расстройства становятся менее выраженными, постепенно исчезает депрессивный бред и наступает выздоровление. Больные должны быть госпитализированы. Необходим строгий надзор.

Л е ч е н и е. При инволюционной меланхолии рекомендуется энергичная общеукрепляющая терапия — курсовое лечение кокарбоксилазой с витаминами B_1, B_6, С; капельное вливание 5 % раствора глюкозы — 500 мл или изотонического раствора натрия хлорида (особенно при отказе от еды). Целесообразно назначение тизерцина — 75—100 мг/сут в/м при наличии выраженной ажитации. По миновании ажитации назначают антидепрессивную терапию амитриптилином до 300 мг/сут, а затем имизином (мелипрамином) до 75 мг/сут. При длительном течении и нарастании соматического истощения рекомендуется проведение электросудорожной терапии (при отсутствии противопоказаний). При отказе от еды — введение инсулина (6—10 ЕД) перед едой, кормление с рук и через зонд, амитал-кофеиновое растормаживание (см. *Уход за психически больными*).

Инволюционный параноид характеризуется бредом обыденных отношений в сочетании с бредом ущерба. Настроение больных тревожное, подозрительное. Они начинают «замечать», что у них исчезают вещи, портятся продукты, пачкается одежда, обвиняя в этом знакомых или соседей. Жалуются в милицию, принимают меры к ограждению своего имущества от хищений: вешают много замков, заводят собак и т. д. Свои интересы защищают активно, стенично, энергично добиваются наказания «виновных». В доказательство своей правоты приводят массу доводов обыденного содержания, пытаются ссылаться на свидетельство других лиц. Обыденный характер бреда и видимая последовательность в изложении жалоб не создает у родных и знакомых впечатления начинающегося психического заболевания. Сочетание бреда обыденных отношений с другими видами бреда (бред ревности,

оред отравления), хотя и выраженными рудиментарно, наличие нарушений мышления в форме обстоятельности, монотонно-повышенное настроение и некритичность дают возможность распознать психическое заболевание. Течение вялопрогредиентное.

Лечение — триседил, галоперидол, трифтазин.

ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ возникает вследствие поражения головного мозга бледной спирохетой. Инкубационный период после заражения сифилисом колеблется от 6 до 30 лет.

Симптомы. Заболевание в начальной стадии характеризуется повышенной истощаемостью, раздражительностью, снижением памяти и огрубением эмоций. Больные становятся некритичными, бестактными. Работоспособность резко снижается. Далее нарастает слабоумие. Личность больных теряет свои индивидуальные качества. Резко снижается память, больные теряют профессиональные навыки, совершают нелепые поступки. Появляются неврологические и соматические расстройства: нарушается речь (дизартрия), меняется почерк. Появляется рассеянная неврологическая симптоматика — отсутствие реакции зрачков на свет при сохранении на аккомодацию, неравномерность сухожильных рефлексов, амимия. Нарастают трофические изменения — повышенная ломкость костей, сосудов, дегенерация паренхиматозных органов.

Течение прогрессивного паралича без лечения прогредиентное; в течение 2—4 лет больные умирают в состоянии маразма.

Лечение проводят в условиях стационара. Больные нуждаются в строгом круглосуточном надзоре и уходе. Трофические нарушения, легкость образования пролежней требуют тщательного ухода за кожей (протирание кожи, подкладывание резинового круга под крестец). При возбуждении очень бережно и осторожно удерживают больного во избежание переломов костей. Пищу подают негорячей (у больных снижена болевая чувствительность) и в измельченном виде (больные обычно не пережевывают пищу, у них могут быть нарушения глотания, поперхивания). Для лечения заболевания больному прививают трехдневную малярию; курс лечения включает 10—12 приступов малярии. При этом тщательно следят за соматическим состоянием больного: измеряют температуру 4 раза в сутки, следят за состоянием сердечно-сосудистой системы, объемом селезенки (возможен разрыв селезенки). Необходимы сердечные средства, строгий постельный режим. Затем малярию купируют акрихином. По окончании лечения применяют антибиотики в тех же дозах, что и при лечении сифилиса (см. *Венерические болезни*). Лечение прививками малярии приводит к полной остановке развития прогрессивного паралича: как правило, рецидивов болезни не наблюдается; обычно остается некоторый интеллектуальный дефект. Лечение прогрессивного паралича возможно проводить одним пенициллином, но в больших дозах (см. *Сифилис мозга*).

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ИНФЕКЦИЯХ (энцефалиты, менингиты, арахноидиты, токсоплазмоз и т. д.). В остром периоде внутричерепной инфекции психические нарушения проявляются в форме глубокой астении с выраженной истощаемостью, раздражительной слабостью, непереносимостью сильных внешних раздражителей, тяжелой головной болью, нарушением сна, рассеянностью внимания, снижением памяти. Состояние больных ухудшается вечером и ночью. На высоте заболевания возникают помрачения сознания: делирий со множеством ярких зрительных галлюцинаций, который может сменяться оглушением и сопором.

Лечение — см. *Нервные болезни*. Больные нуждаются в надзоре и уходе.

Последствием перенесенных внутричерепных инфекций (или в их хронической стадии) являются психические нарушения в форме психоорганического (энцефалопатического) синдрома: грубое психопатоподобное поведение с дурашливостью, назойливостью, раздражительностью, сужением круга интересов и их нестойкостью (больным быстро все надоедает), рассеянностью внимания, нерезким снижением памяти. Часто встречаются нарушения влечений — гипербулия, дромомания, гиперсексуальность. В некоторых случаях наблюдаются аспонтанность, резкое сужение круга интересов, адинамия. В хронической стадии внутричерепной инфекции могут наблюдаться психосенсорные нарушения с изменением восприятия окружающего и собственного тела: все предметы воспринимаются в увеличенном или уменьшенном объеме, части собственного тела — как очень большие или очень маленькие. Могут развиться судорожные припадки.

Тяжелым последствием перенесенной внутричерепной инфекции является органическое слабоумие с выраженным нарушением памяти. При заболевании внутричерепной инфекцией в раннем детстве наступает задержка умственного развития (см. *Олигофрения*).

Лечение психоорганического синдрома симптоматическое: корректоры поведения — тиоридазин (меллерил, сонапакс), неулептил; транквилизаторы — триоксазин, рудотель. Для улучшения интеллектуальной деятельности — аминалон по 0,25 г 1—3 раза в день.

ПСИХОЗЫ РЕАКТИВНЫЕ (ПСИХОГЕННЫЕ) – временные, обратимые психические расстройства, возникающие под влиянием психической травмы. Реактивные состояния легче возникают у психопатических личностей, а также на почве перенесенных инфекционных заболеваний, травмы головы, сосудистых заболеваний, переутомления, длительной бессонницы. Возраст также может иметь значение. Например, лица в пубертатном и климактерическом периодах оказываются более ранимыми в отношении внешних воздействий. Для возникновения психогенной реакции имеет значение характер психической травмы. Острые потрясения вызывают иные реакции, чем длительные тяжелые травмы. Аффективные шоковые реакции чаще наблюдаются при массовых катастрофах (землетрясение, пожар, кораблекрушение); они проявляются в гиперкинети-

ческой и гипокинетической форме. Гиперкинетическая форма характеризуется дезориентировкой в окружающем, бегством, бессмысленными поступками. При гипокинетической форме больной под влиянием страха становится недвижимым, молчаливым. Иногда наблюдается так называемый эмоциональный паралич: человек не испытывает никаких эмоциональных реакций страха, хотя понимает все, что вокруг происходит, и сознает опасность. Аффективно-шоковые реакции кратковременны и обратимы, сопровождаются вегетативной симптоматикой, нарушением сердечно-сосудистой деятельности. Показано применение транквилизаторов.

Реактивная депрессия — подавленное настроение с оттенком раздражительности, иногда злобности, легким двигательным торможением. Сон и аппетит у больных нарушены. Мышление сосредоточено на травмирующих событиях, вызвавших депрессию. Идей самообвинения не наблюдается. Больные проявляют лабильность аффекта, бывают слезливы, капризны, внимательно следят за отношением к ним окружающих.

Острый реактивный параноид. Клиническая картина состоит из бредовых идей отношения и преследования, возникающих на фоне резко выраженного страха. Больные замечают, будто у людей в карманах ножи, которыми их убьют. Имеются галлюцинации (как зрительные, так и слуховые). Параноид может возникнуть в тюрьме, тогда в его содержании отражается травмирующая ситуация, тревога за свою судьбу. Иногда параноиды возникают в поезде, при авиационных полетах. Больные беспокойны, временами агрессивны, могут совершать неожиданные поступки под влиянием страха и галлюцинаций (например, броситься в окно вагона).

Реактивный галлюциноз наблюдается крайне редко. На первый план в клинической картине выступают истинные слуховые галлюцинации. Развивается при сенсорной депривации и травмирующей ситуации. Реактивные параноиды и галлюцинозы возникают остро и имеют кратковременный характер.

Острые истерические психозы встречаются более часто. Они проявляются небольшим количеством синдромов, которые могут переходить друг в друга.

Ганзеровский синдром — истерическое сумеречное расстройство сознания, во время которого больные ведут себя неправильно, дают нелепые ответы на самые простые вопросы, обнаруживают неспособность производить самые простые действия, не понимают назначения обыденных предметов. Состояние протекает остро и заканчивается в течение нескольких дней.

Псевдодеменция отличается от ганзеровского синдрома меньшей выраженностью нарушений сознания и более упорядоченным поведением. Больные также дают неправильные ответы на простые вопросы, делают ошибки при простых действиях, но неожиданно могут справиться со сложной задачей. Выражение лица глуповатое, больные таращат глаза, иногда смеются, но при этом аффект депрессивный. Псевдодеменция может протекать остро и заканчиваться в несколько дней, иногда продолжается месяцами.

Пуэрилизм характеризуется выраженными чертами детскости в поведении, мимике и речи больного, характере суждений и эмоциональных реакций. По сравнению с псевдодеменцией пуэрилизм имеет тенденцию к более продолжительному течению.

Психогенный ступор — полная обездвиженность больных и мутизм (временное отсутствие речи). На лице — обычно выражение страха, больные отказываются от пищи, бывают неопрятны. Наблюдается тахикардия, повышенная потливость. Эта форма реактивного психоза развивается постепенно, имеет тенденцию к затяжному течению.

Лечение реактивных психозов включает комплекс мероприятий: срочная госпитализация больных в психиатрический стационар: надзор, уход, кормление, применение психотропных средств. Для купирования реактивного параноида или галлюциноза применяют аминазин, галоперидол в сочетании с корректорами в обычных терапевтических дозах. Лечение реактивного депрессивного психоза проводят антидепрессантами иногда в сочетании с транквилизаторами или нейролептиками. При лечении острого истерического психоза целесообразно назначение этаперазина, френолона, корректоров поведения — тиоридазина или неулептила.

ПСИХОПАТИИ — патологические характеры и темпераменты, которые возникли на основе врожденной неполноценности высшей нервной деятельности и дисгармонии ее развития. Формирование патологического характера, как и нормального, происходит под влиянием внешней среды и воспитания.

Астеническая психопатия характеризуется сочетанием повышенной впечатлительности, чувствительности со значительной психической истощаемостью. Такие люди отличаются робким, нерешительным характером, легко впадают в уныние, теряются. Они застенчивы, стремятся уклониться от всего, что требует напряжения, так как невыносливы к выраженным психическим и физическим нагрузкам. Часто жалуются на плохой сон, неприятные ощущения в теле, склонны к постоянным заботам о своем здоровье и к ипохондрическим опасениям.

Возбудимая психопатия проявляется несоответствием выраженности эмоциональных реакций силе и качеству раздражителя. Возбудимые психопаты не в состоянии сдерживать себя, по незначительному поводу реагируют бурной вспышкой гнева, сопровождающегося бранью, криками; в состоянии раздражения могут быть агрессивными.

Аффективные психопатии — группа психопатий, характеризующихся постоянно повышенным или пониженным эмоциональным фоном. Для гипертимиков характерен постоянно повышенный фон настроения. Эти люди оптимистичны, беззаботны, склонны к различным увлечениям. Они общительны, отзываются на все события. Энергичны, деятельны, предприимчивы. Иногда повышенное настроение соче-

тается с повышенной раздражительностью, склонностью к вспышкам гнева. Гипотимики характеризуются в основном пониженным фоном настроения. Эти люди пессимистично настроенные, часто недовольные собой. Но вместе с тем отзывчивы, общительны, хорошо работают и отличаются значительной продуктивностью. Нередко они склонны к ипохондрическим опасениям.

Ананкастические психопатии (психастения) характеризуются тревожной мнительностью, неуверенностью в себе, склонностью к образованию навязчивостей, которые возникают под влиянием психогений, носят более стойкий характер, чем при неврозе навязчивости.

Истерические психопатии характеризуются повышенной эмоциональностью, которая проявляется бурными аффективными реакциями по незначительному поводу. При этом внешние проявления реакции не соответствуют как причине, ее вызвавшей, так и глубине эмоционального переживания; создается впечатление нарочитого преувеличения эмоциональных проявлений. Эмоции не отличаются глубиной, быстро сменяются противоположными. Мышление, поступки в значительной мере зависят от эмоционального состояния («аффективная логика»). Больные всегда стремятся быть в центре внимания, играть какую-то роль в глазах окружающих.

При распознавании психопатий нужно учитывать, что особенности характера проявляются не столько в высказываниях больного, сколько в его реакциях, поступках и поведении в целом. Поэтому при установлении диагноза психопатии необходимо опираться и на объективные сведения о больном. Наиболее важный диагностический признак при установлении диагноза психопатии — отсутствие прогредиентности. Это важно для отграничения психопатий от психопатоподобных состояний, которые могут возникать в начальном периоде прогредиентных психических заболеваний (таких, как шизофрения) или в результате легких органических изменений психики: под влиянием травм, инфекций и интоксикаций, сосудистой и эндокринной патологии.

Для компенсации психопатий необходимо правильное воспитание, устранение психогенных травм, а также адекватное особенностям личности трудоустройство. В последнее время наряду с социальной реабилитацией (см. *Социальная реабилитация*) возрастает роль психотропных медикаментозных средств в качестве симптоматической терапии при декомпенсации психопатий. При истерии или психопатии возбудимого типа могут применяться препараты нейролептического ряда: аминазин, пропазин, трифтазин, этаперазин в малых и средних терапевтических дозах. При улучшении состояния дозы могут быть снижены и затем отменены. Большое значение имеет психотерапия (см. *Психотерапия*).

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ — группа психозов, развивающихся вследствие соматических заболеваний. Имеют общие принципы течения и сходную клиническую картину. Клиническая картина находится в известной связи с остротой, продолжительностью и характером соматического заболевания. Выделяют острые симптоматические психозы с помрачением сознания (делирий, аменция, сумеречное состояние), протрагированные психозы без расстройства сознания (депрессивные, параноидные), органический психосиндром со снижением уровня личности.

Болезнь Боткина. Психические нарушения характеризуются подавленным настроением, тревогой, замедлением мышления; эпизодически возникает помрачение сознания с обильными зрительными и слуховыми галлюцинациями.

Пеллагра. Клиническая картина психоза проявляется в форме депрессивного состояния с тревожным возбуждением, нигилистическим бредом («внутри организма пустота, нет внутренностей и мозга»), беспокойством в пределах постели. Больные плохо едят, не спят, истощены, выглядят старше своих лет. Галлюцинаторно-параноидная форма характеризуется наплывом галлюцинаций (в основном зрительных), примитивным бредом отношения, содержание которого зависит от окружающей обстановки. В обеих формах наблюдаются эпизоды помрачения сознания (делирий и аменция). В тяжелых случаях может развиться органический психосиндром с грубым нарушением памяти.

Злокачественные опухоли. Психические нарушения вначале характеризуются симптомами астении, депрессией с беспокойством за свое здоровье, чувством безнадежности, иногда с суицидальными мыслями. На фоне кахексии развиваются психозы с депрессивно-параноидной клинической картиной, нигилистическим бредом, сменяющимся делириозным помрачением сознания. Раковые психозы в некоторых случаях возникают после операции.

Сердечно-сосудистые заболевания. Психические нарушения развиваются при острой и хронической сердечной недостаточности. На этом фоне возникают эпизоды помрачения сознания (делирий) и длительное состояние вялости, апатии с нарушением памяти. В период депрессивных состояний у больных нередко появляются суицидальные мысли и тенденции. При инфаркте миокарда иногда возникают выраженное двигательное возбуждение с ощущением тоски и страхом смерти.

Уремия. Психические изменения возникают при наличии острой или хронической почечной недостаточности и обусловлены токсическим влиянием на головной мозг не выведенных из организма продуктов распада. Острый нефрогенный психоз возникает внезапно и характеризуется помрачением сознания с резким двигательным возбуждением, иногда — судорожными припадками. Затем может развиться коматозное состояние. Протрагированный нефрогенный психоз развивается на фоне стойкой азотемии. Характеризуется вялостью, подавленностью, затем апатией, повышенной сонливостью, оглушением и нарастающим слабоумием. Прогноз при этой форме неблагоприятен.

Лечение психических нарушений при соматических заболеваниях такое же, как лечение соматических болезней, на почве которых они развивались. Симптоматическая терапия включает купирование возбуждения, ликвидацию галлюцинаторно-параноидных и депрессивных расстройств, дезинтоксикационные мероприятия, массивную витаминотерапию.

Больных с соматогенными психозами переводят в психосоматические отделения больниц, их лечение должно проводиться с участием врача-терапевта. Необходим круглосуточный пост наблюдения.

СИФИЛИС МОЗГА. Ранним проявлением нейросифилиса является сифилитическая неврастения. Больные утомляемы, раздражительны, страдают головными болями, плохим сном, нередко испытывают боли в различных частях тела. Обнаруживаются неврологические нарушения — неравномерность зрачков, отсутствие реакции зрачков на свет при сохранности реакции на аккомодацию, неравномерность сухожильных рефлексов. При менингитах и менингоэнцефалитах наблюдаются симптомы раздражения оболочек головного мозга, сопровождающиеся рвотой, головной болью и болью в спине; отмечается помрачение сознания, иногда развиваются параличи и парезы конечностей. При исследовании спинномозговой жидкости определяется положительная реакция Вассермана, резкое увеличение количества клеток (свыше 40) и увеличение содержания белка.

Сосудистая форма сифилиса мозга характеризуется поражением крупных и мелких сосудов. При поражении крупных сосудов нередко развивается инсульт. Клиническая картина зависит от локализации кровоизлияния и его размеров. После инсульта может развиться состояние слабоумия с нарушением памяти, снижением интеллекта, слезливостью. Инсульты у больных могут повторяться. При сифилисе мелких сосудов головного мозга развивается галлюцинаторно-параноидное состояние с бредом преследования, со слуховыми галлюцинациями. Иногда возникает эпилептиформное течение сифилиса мозга, которое сопровождается припадками, имеющими тенденцию переходить в эпилептический статус. Лечение эпилептического статуса см. *Эпилепсия*.

Гуммозная форма характеризуется упорной головной болью, состоянием оглушенности, возникновением параличей. В целом клиническая картина напоминает опухоль мозга. В спинномозговой жидкости увеличивается содержание белка, количества клеток, сифилитический зубец в реакции Ланге. Реакция Вассермана может быть положительной или отрицательной.

Лечение комбинированное — пенициллином и бийохинолом. Пенициллин — до 3 000 000 ЕД/сут, всего 22 000 000 ЕД, бийохинол — по 2 мл через день: всего 40 мл. Лечение проводят в стационаре.

СТАРЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ обусловлены атрофией клеток коры головного мозга. Заболевание возникает преимущественно после 60 лет. Клинические проявления характеризуются постепенным распадом памяти, дезориентировкой в окружающем. Больные перестают усваивать новое, не запоминают текущих событий, не узнают родных. Отмечается так называемый «сдвиг в прошлое»: больные утверждают, что им 15—18 лет, что они еще учатся, у них нет детей и т. д. Часто наблюдаются конфабуляции — фантастические вымыслы, которыми больные заполняют пробелы памяти. Обычно они суетливы, настроение мрачно-подавленное или благодушно-беспечное. По ночам больные не спят, бродят по комнате, собирают ненужные вещи, связывают свою постель. При далеко зашедшем заболевании больные утрачивают привычные навыки, не могут самостоятельно одеваться и пользоваться ложкой во время еды, становятся неряшливыми, неопрятными. Больные со старческим слабоумием нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Рекомендуется госпитализация в психиатрическую больницу.

Лечение — симптоматическое. При выраженной суетливости и ночном беспокойстве рекомендуются аминазин — 0,025 г/сут, снотворные, препараты брома.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ — психические нарушения, возникающие в остром, отдаленном и позднем периоде после травмы головы. При коммоции и контузии в остром периоде развивается кома. Выход из коматозного состояния может быть постепенным, через оглушение — к ясному сознанию с выраженной астенией. В некоторых случаях кома переходит в сумеречное состояние или делирий (см. *Нервные болезни*). Отдаленные последствия легких травм головного мозга характеризуются явлениями травматической церебрастении с астеническими расстройствами (повышенная утомляемость, плохая переносимость громких звуков, яркого света), вегетативной лабильностью, нарушением сна, головной болью, головокружением. Отмечается плохая переносимость жары, холода, переезда в транспорте. Отдаленными последствиями более тяжелой травмы являются энцефалопатия с эксплозивностью, агрессивностью, ослаблением памяти, тугоподвижностью мышления, а также энцефалопатия с апатией, брадипсихизмом, заторможенностью, вялостью. В клинике различных вариантов травматической энцефалопатии нередко наблюдаются дисфории, для которых характерно пониженное настроение с недовольством всем окружающим, напряженностью, раздражительностью, доходящей до взрывов гнева. Дисфория длится несколько дней. Под влиянием психогении, злоупотребления алкоголем или соматических заболеваний наступает декомпенсация травматической энцефалопатии — усиливается описанная симптоматика, развиваются выраженные истерические реакции с явлениями пуэрилизма, псевдодеменции, истерические нарушения сознания (см. *Психозы реактивные*). В позднем периоде травм головного мозга на фоне травматической энцефалопатии у некоторых больных могут развиваться периодические травматические психозы (в связи с ликвородинамическими нарушениями), клиника которых определяется расстройствами сознания, амбулаторными автоматизмами и эпилептифор-

мным возбуждением. При сумеречном помрачении сознания больные отрешены от окружающего, испытывают зрительные галлюцинации устрашающего характера, бред преследования, страх. Они возбуждены, могут быть агрессивными. У некоторых больных возникают эпилептиформные припадки в отдаленном и позднем периоде травмы головы.

Лечение. При травматической энцефалопатии необходимо организовать правильный режим труда и отдыха, применять общеукрепляющую терапию, тонизирующие средства при апатии, а при возбуждении — седативные препараты.

Запрещается употребление алкоголя, длительное пребывание на солнце. Не рекомендуется работа в жарких, шумных цехах, работа в ночное время.

ШИЗОФРЕНИЯ (в переводе — расщепление психики) — часто встречающееся в психиатрической практике психическое заболевание с прогредиентным течением, нарастающим эмоциональным оскуднением и расстройством мышления при формально сохранной памяти. Название заболевания определили своеобразная диссоциированность расстройств мышления и аффективности (несоответствие между характером аффективных реакций и содержанием мышления), а также наличие в клинической картине различных психопатологических синдромов.

Значительную роль в возникновении шизофрении играют эндокринно-обменные нарушения. Наиболее распространенной является аутоинтоксикационная теория происхождения шизофрении. Заболевание начинается в молодом возрасте, но известны случаи детской и поздней (после 40 лет) шизофрении. Течение шизофрении может быть непрерывным, периодическим и смешанным, т. е. занимающим промежуточное положение между первыми двумя типами течения. В рамках определенного типа течения в зависимости от тяжести поражения формируются формы шизофрении.

При непрерывном течении шизофрении образуются вялотекущая, простая, параноидная формы, а также гебефрения.

Вялотекущая форма шизофрении характеризуется изменениями личности, появлением не свойственных ранее больному психопатоподобных черт характера — раздражительности, патологической замкнутости, враждебности к людям. Развивается психическая астения с вялостью, падением продуктивности, повышенной чувствительностью к внешним раздражениям (гиперестезия). Постепенно формируются аффективные нарушения чаще в виде пониженного настроения с беспредметной тревогой, реже — в виде гипоманиакального состояния с расторможенностью влечений, суетливостью. Возникают нарушения мышления, паралогичность, склонность к рассуждательству, вязкость, обстоятельность, неумение выделить главное. На фоне этих изменений у некоторых больных появляются навязчивости и фобии вычурного противоестественного характера: навязчивая мысль задушить своего ребенка, выколоть себе глаза, навязчивый страх смерти при хорошем физическом состоянии, страх заражения сифилисом. Нередко возникают необычные ощущения — сенестопатии (больные ощущают шевеление извилин мозга, ползание микробов по коже, отрывание мышц от костей).

Простая форма шизофрении. На первый план выступают тяжелые изменения личности с эмоциональным огрублением, безразличием ко всему, апатией, патологической замкнутостью (аутизмом), с расторможением влечений, носящих нередко противоестественный характер (стремление нанести себе увечье, сексуальные извращения). Мышление больных непоследовательное, непродуктивное, с бесплодным мудрствованием. Встречаются рудиментарные бредовые идеи отношения (чаще всего больные враждебно относятся к родителям). Больные бездеятельны, неработоспособны.

Параноидная форма шизофрении характеризуется преобладанием бреда и галлюцинаций. Начинается либо с образования систематизированного бреда (преследования, ревности, изобретательства, любовный бред), либо с симптоматики, характерной для вялотекущей шизофрении, но с последующим более отчетливым развитием бредовых симптомов. Развернутая клиническая картина определяется систематизированным бредом преследования (больным кажется, что группа лиц или организация постоянно преследует их), физического воздействия, отравления, развитием слуховых, обонятельных, тактильных галлюцинаций, а также выраженным нарушением мышления в форме синдрома психического автоматизма Кандинского — Клерамбо: больным кажется, что их мысли, настроение известны всем окружающим и не зависят от их воли. Поведение больных неправильное; больные уединяются, избегают общества, убегают из дома, спасаясь от преследования, пишут жалобы на своих мнимых врагов, могут быть агрессивными. Возможен отказ от пищи вследствие бреда отравления или обонятельных («пища пахнет покойником») и слуховых («голос» запрещает есть) галлюцинаций.

Кататоническая форма шизофрении определяется преимущественно двигательными нарушениями. Инициальный период по своей клинике представляет сочетание симптоматики вялотекущей, простой и параноидной формы шизофрении. На фоне этих нарушений через несколько лет развивается кататонический синдром — возбуждение либо чередуется со ступором (обездвиженностью больного), либо состояние определяется только ступором. Во время возбуждения больные пытаются куда-то бежать, внезапно (импульсивно) набрасываются на окружающих, сопротивляются удержанию, не отвечают на вопросы (мутизм). В состоянии ступора неподвижно лежат в постели с закрытыми глазами, нередко принимают внутриутробную позу, застывают в приданном положении. Попытка изменить позу больного вызывает резкое противодействие. Больные отказываются от еды, сопротивляются кормлению и уходу. Появляются вегетативные расстройства — сальность лица, повышенная потливость. Сознание обычно сохранено.

Гебефрения — наиболее бурно и злокачественно текущая форма. В клинической картине нет ведущего синдрома. После короткого инициального периода по типу простой формы наступает психоз, в котором наблюдается калейдоскопическая смена рудиментов вышеописанных параноидных и кататонических нарушений, сопровождающихся дурашливым психомоторным возбуждением. Через 2—4 года развивается апатическое слабоумие.

ПЕРИОДИЧЕСКИ (ПРИСТУПООБРАЗНО) ТЕКУЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ. При периодическом (приступообразном) течении шизофрении образуется циркулярная, депрессивно-параноидная форма шизофрении и онейроидная кататония.

Циркулярная форма шизофрении характеризуется развитием аффективных (депрессивных и маниакальных) психотических приступов, отделенных друг от друга состояниями ремиссии (удовлетворительного самочувствия с рудиментарными проявлениями болезни). Депрессивные приступы носят атипичный характер, тоска не всегда сопровождается идеаторным и двигательным торможением как при маниакально-депрессивном психозе. Нередко развиваются симптомы двигательного возбуждения с наплывом мыслей, отдельными явлениями психического автоматизма, бредовыми идеями отношения. В маниакальных приступах наряду с приподнятым настроением нередко появляются рудиментарные кататонические расстройства (чаще в форме возбуждения), фантастический бред, резкое ускорение ассоциативных процессов, доходящее порой до бессвязности мышления. Приступы циркулярной шизофрении возникают нерегулярно и могут чередоваться с другими формами периодически текущей шизофрении.

Депрессивно-параноидная форма. Приступ начинается с симптоматики, характерной для циркулярной шизофрении. На высоте состояния больные возбуждены, настроение их тоскливое с выраженным страхом и ожиданием гибели. Больные не ориентированы в ситуации, не узнают своих родных, принимают их за подставных лиц. Развиваются разнообразные формы несистематизированного отрывочного бреда — воздействия, отношения, инсценировки (больным кажется, что кругом разыгрываются какие-то сцены, готовится казнь). Иногда наступает онейроидное помрачение сознания.

Онейроидная кататония. На высоте приступа сознание сновидно помрачено и заполнено фантастическим бредом, сочетающимся с причудливым иллюзорным восприятием окружающего. Больной утрачивает сознание своего «я» и сам становится участником фантастических грез. После выхода из острого состояния сохраняются фрагментарные воспоминания о перенесенном психотическом приступе.

Фебрильная, или гипертоксическая, форма шизофрении встречается редко, сопровождается лихорадочным состоянием, явлениями токсикоза, кровоподтеками и нарастающим истощением. Психическое состояние определяется аментивным помрачением сознания и кататоническим возбуждением с упорным отказом от еды. Может быть летальный исход.

Течение шизофрении многолетнее, прогредиентное. При непрерывнотекущих формах наблюдаются в основном терапевтические ремиссии — неглубокие и недлительные; гебефрения обычно резистентна ко многим видам активной терапии, терапевтическая ремиссия непродолжительна. Периодически текущая шизофрения имеет более благоприятный прогноз: при ней возможны спонтанные и терапевтические многолетние ремиссии (неполное выздоровление с рудиментами симптоматики острого периода).

Лечение острых приступов и обострений шизофрении проводится чаще в психиатрической больнице, реже — в дневном стационаре и амбулаторно. Необходимо сочетание активных методов лечения психотропными средствами с трудовой терапией. При непрерывнотекущей шизофрении, в период обострения, показан аминазин, трифтазин, галоперидол, тиопроперазин (мажептил) и другие нейролептические препараты. При появлении депрессивных расстройств рекомендуются антидепрессанты — имизин (мелипрамин), пиразидол, амитриптилин.

Лечение периодической шизофрении: показана комбинация нейролептиков и антидепрессантов. При лечении нейролептиками могут развиться депрессии с суицидальными попытками, передозировка антидепрессантов обостряет бред и галлюцинации, поэтому больные должны находиться под строжайшим надзором. При лечении психотропными средствами могут наблюдаться осложнения в виде токсической желтухи, лейкопении, гранулоцитопении, паркинсонизма, ортостатизма. Для предотвращения указанных осложнений нужно избегать передозировок препаратов; необходимо проводить массивную витаминотерапию, особенно B_6, назначать корректоры — ромпаркин, циклодол и т. д.; нейролептическую терапию необходимо проводить при систематическом назначении сердечных средств, контроле за артериальным давлением, картиной крови и мочи, функцией почек и протромбиновым индексом. Больные шизофренией в состоянии возбуждения всегда требуют особого внимания врачей и медицинского персонала и должны находиться под строгим надзором, чтобы не могли нанести повреждения себе или окружающим, чтобы были накормлены, так как в состоянии возбуждения больные могут не разжевывать пищу, а заглатывать ее большими кусками или совершенно отказываться от пищи. Длительное состояние возбуждения ведет к физическому истощению, поэтому больным проводят общеукрепляющие мероприятия и организуют тщательный соматический надзор за ними. Необходимо следить прежде всего за деятельностью сердечно-сосудистой системы и корригировать ее применением сердечных средств (кофеин, кордиамин), применять все терапевтические меры для снятия возбуждения и укорочения его длительности. Применяют седативные психотропные препараты.

ЭПИЛЕПСИЯ — психическое заболевание с пароксизмальными расстройствами, прогредиентным течением, нарастающими изменени-

ями личности. В основе эпилепсии лежат органические изменения головного мозга. Клиническая картина характеризуется судорожными и бессудорожными пароксизмами, изменениями личности по эпилептическому типу, а также острыми или хроническими психозами. К числу судорожных пароксизмов относятся большие и малые судорожные припадки. Большой судорожный припадок начинается с молниеносной потери сознания, тонической судороги мышц и падения тела. Дыхание приостанавливается. Наступает резкий цианоз. Тоническая фаза продолжается несколько секунд. Затем наступают клонические судороги с ритмичным подергиванием всего тела. Во время клонической фазы непроизвольно выделяются моча и кал, повышается секреция слюнных желез, во рту сбивается пена. Через 1—2 мин клонические судороги прекращаются. Дыхание постепенно восстанавливается. Больной остается в коматозном состоянии с полной арефлексией, зрачки на свет не реагируют (в отличие от истерического припадка). Постепенно кома переходит в оглушенность, рефлексы восстанавливаются, и наступает сон, продолжающийся несколько часов. После припадка и сна больной ощущает разбитость, астенические расстройства. Нередко развитию большого припадка предшествует аура—помрачение сознания, сопровождающееся вегетативными, реже двигательными нарушениями, массивными сенестопатиями, зрительными галлюцинациями. Малый судорожный припадок характеризуется внезапной потерей сознания, наличием рудиментарных (либо тонических, либо клонических) судорог и сопровождается в ряде случаев падением.

Бессудорожные пароксизмы (эквиваленты) протекают с помрачением сознания, с отрешенностью больного от окружающего, с наличием ярких зрительных галлюцинаций, бреда, аффектов страха, но с сохранением автоматизированных действий или резким психомоторным возбуждением, опасным иногда для окружающих. Помрачение сознания заканчивается внезапно, часто критическим сном.

Бессудорожные пароксизмы без помрачения сознания чаще всего проявляются дисфорией: у больных внезапно развивается злобно-тоскливое настроение с агрессивными тенденциями, в ряде случаев с подозрительностью, иногда с влечением к алкоголю, к поджогам. Заканчивается внезапно. К бессудорожным пароксизмам относятся транзиторно возникающая афазия, нарколепсия (внезапная непреодолимая сонливость), каталепсия; последняя возникает в связи с аффективными переживаниями — у больных внезапно снижается тонус мышц, и больные падают. Тонус мышц восстанавливается также внезапно через несколько мгновений. Пароксизмы могут возникать с разной частотой и через различные промежутки времени.

Эпилептические изменения психики характеризуются тугоподвижностью, вязкостью, медлительностью психических процессов. Мышление у больных обстоятельное, тугоподвижное (больные не могут отделить главное от второстепенного, с трудом переключаются с одной темы на другую). Их движения медлительные, тяжеловесные. При рано начавшейся эпилепсии наряду с описанными явлениями имеются черты инфантилизма (детскости).

Течение эпилепсии: болезнь начинается в детстве или в молодом возрасте, но известны случаи и так называемой поздней эпилепсии. В отдельных случаях эпилепсия протекает почти без пароксизмальных расстройств (один—два припадка в течение всей болезни) и выражается в прогрессирующих изменениях психики по эпилептическому типу, в нарастании эпилептического слабоумия (эта форма называется психической эпилепсией).

Л е ч е н и е. Основой терапии является применение антисудорожных средств с учетом характера и частоты пароксизмов. При больших судорожных припадках показана смесь Серейского или паглюфероль. В некоторых случаях назначают фенобарбитал по 0,05—0,1 г 1—3 раза в день или бензонал по 0,1 г (0,2 г) 3 раза в день (менее токсичен, чем фенобарбитал), а также хлоракон по 0,25 г (0,5 г) 3—4 раза в день.

Необходимо длительное и систематическое применение антисудорожных средств. Внезапная отмена препаратов может вызвать резкое учащение припадков и эпилептический статус — частые судорожные припадки, в интервалах между которыми больной находится в сумеречном или коматозном состоянии. Этот статус может длиться от нескольких часов до нескольких дней; представляет угрозу для жизни больного вследствие нарушения дыхания и кровообращения. Больной нуждается в индивидуальном медицинском надзоре, так как выход из статуса нередко сопровождается сумеречным состоянием сознания, во время которого больной может совершить опасные действия.

Помимо антисудорожной терапии, больные эпилепсией нуждаются в диетотерапии; рекомендуется молочно-растительная пища, ограничение количества жидкости, поваренной соли. Больные должны воздерживаться от употребления алкоголя. Запрещается работа на транспорте, у движущихся механизмов, в горячих цехах, у печей, на высоте.

ЭНДОКРИНОПАТИИ. Болезнь Аддисона. Психические нарушения характеризуются явлениями астении с вялостью, аспонтанностью, расстройствами настроения — депрессией, иногда сменяющейся эйфорией. Течение длительное с последующими интеллектуально-мнестическими нарушениями. На фоне этих изменений в клинической картине аддисонического криза могут возникать психозы с помрачением сознания, возбуждением, эпилептиформными припадками и острым галлюцинозом (зрительные и тактильные галлюцинации).

Акромегалия. Психические нарушения характеризуются постоянной дисфорией с раздражительностью, недовольством, неприязненностью к людям, эгоцентризмом.

Тиреотоксикоз сопровождается астенией с гиперестезией, истощаемостью, лабильностью настроения с повышенной раздражительностью. Темп психических процессов ускорен.

После струмэктомии иногда развивается делирий.

Сахарный диабет сопровождается астенией и аффективной лабильностью. Во время диабетической комы — глубокое помрачение сознания.

Болезнь Иценко — Кушинга. В начальном периоде болезни — вялость, астения, адинамичность, снижение настроения. Нередко возникают эпилептиформные припадки. При длительном течении заболевания присоединяется гипертония. Психические изменения на этом этапе характеризуются сочетанием депрессивно-ипохондрических симптомов (тоска, суицидальные мысли, неприятные, необычные ощущения — сенестопатии) с симптомами, свойственными гипертонической болезни. Острые экзогенные психозы возникают на фоне гипертонического криза. Постепенно, по мере течения болезни Иценко — Кушинга у больных нарушаются интеллектуально-мнестические функции, снижается критика к состоянию.

Микседема характеризуется замедлением психических процессов, апатией. Возникают головокружения, зябкость, чувство ползания мурашек по коже. При раннем появлении заболевания наблюдается задержка психического и физического развития (см. *Олигофрения*).

Лечение проводится психотропными препаратами в сочетании с терапией заболеваний эндокринной системы.

УХОД ЗА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ имеет немаловажное значение при лечении; обычно применяют те же мероприятия, что и для больных с соматическими заболеваниями. Больным с возбуждением, наличием суицидальных мыслей, а также ступорозным и неопрятным больным в психиатрической больнице назначают постельный режим в специальных наблюдательных палатах с постоянным, круглосуточным постом наблюдения. Наблюдение за больными в психиатрической больнице преследует ряд целей: оградить больного от неправильных действий как в отношении себя, так и в отношении других лиц; предотвратить возможные у больных суицидальные попытки. Большое значение имеет наблюдение за течением болезни, так как при психических заболеваниях состояние больного в течение дня или ночи бывает совершенно различным. Наблюдение осуществляют врач и медицинские сестры.

Кроме постельного режима и наблюдения, большое внимание уделяется распорядку дня. В психиатрической больнице распорядок дня должен строго соответствовать проводимому лечению. Утренний туалет для слабых, ступорозных и возбужденных больных проводится персоналом. Питание больных должно быть разнообразным с учетом того, что возбужденные больные тратят много энергии, а также с учетом нарушений витаминного обмена при лечении нейролептическими средствами.

Лекарства больным выдают также в определенные часы. Медицинская сестра должна строго следить за тем, чтобы больные их принимали. Необходимо проверять тумбочки и карманы больных, так как они могут накапливать ненужные вещи и медикаменты. Белье больных необходимо своевременно менять. Еженедельно проводят гигиеническую ванну. Слабых больных протирают ароматным уксусом не реже 1 раза в неделю. Нужно тщательно следить за состоянием кожи у слабых больных, особенно в местах наибольшего давления: на лопатках, крестце, локтях. Слабых больных переворачивают несколько раз в день во избежание развития застойной пневмонии. Постель слабых больных должна быть ровной, белье без складок. При необходимости используют подкладной круг. В отделении наряду с наблюдательными палатами должны быть палаты для выздоравливающих больных, комнаты отдыха и комнаты для трудовой терапии.

Распорядок дня должен включать в себя часы трудовой терапии. Кроме работы в помещении или на свежем воздухе (вид труда назначается врачом), больным при улучшении состояния разрешается читать газеты, журналы и художественную литературу, которая должна быть подобрана в библиотеке больницы. Больные могут посещать киносеансы или смотреть телевизор.

Уход за психически больными включает в себя также и симптоматическую терапию. При бессоннице назначают снотворные. Необходимо проводить общеукрепляющую терапию. По назначению врачей могут применяться хвойные ванны, простые теплые ванны, гимнастика, массаж и другие виды физиотерапевтического лечения.

Наряду с общепринятыми мероприятиями по уходу за больными особое внимание должно быть уделено вопросам обращения с больными, тактике поведения врача и персонала. Несмотря на состояние возбуждения и неправильные поступки, психически больные должны пользоваться у врача и персонала внимательным, заботливым отношением. Недопустимы обращения к психически больному на «ты», грубый окрик. Вместе с тем при возбуждении или агрессии персонал должен уметь бережно удерживать больного, пока возбуждение не будет купировано медикаментозными средствами. Персонал в психиатрических больницах под руководством врачей должен научиться правильному уходу за больными, внимательному к ним отношению и наблюдательности, которая позволяет предотвратить состояния выраженного возбуждения, агрессию, суицидальные попытки.

ТРАНСПОРТИРОВКА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ. При транспортировке психически больных в психиатрическую больницу могут возникнуть затруднения в связи с возбуждением больных, суицидальными попытками и бредом, под влиянием которых больной отказывается от госпитализации. По назначению врача больному вводят (обычно внутримышечно) психотропные препараты, показанные для его заболевания. Медицинский персонал, сопровождающий больного в пути, должен получить от врача или фельдшера исчерпывающие инструкции о состоянии больного, необходимом надзоре и уходе за ним.

ПСИХОТЕРАПИЯ — метод воздействия врача и медицинского персонала словом на психику больного с лечебной целью. Известно

несколько методов психотерапии: 1) лечение внушением в состоянии бодрствования или в гипнотическом состоянии; 2) рациональная или разъяснительная психотерапия; 3) аутогенная тренировка; 4) коллективная психотерапия; 5) аналитическая психотерапия; 6) каузальная психотерапия. В нашей стране наибольшее распространение получили первые 4 метода.

Психотерапия может применяться как в сочетании с другими методами лечения, так и самостоятельно. В последнем случае ее применяют для лечения неврозов. У больных психозами основными методами лечения являются биологические (психофармакология, инсулинотерапия и т. д.). Однако психофармакология расширила границы применения психотерапии в лечении психозов: быстрое купирование психомоторного возбуждения, устранение галлюцинаторно-бредовых синдромов и нормализация настроения дают возможность применять психотерапевтические методы на более ранних этапах лечения психозов.

Роль психотерапии особенно возрастает в период возвращения больного к семейным обязанностям и на работу, т. е. в период реконвалесценции и социальной реадаптации. Психотерапию проводят в психиатрической больнице, дневном стационаре и амбулатории. Ее задача — достижение дезактуализации болезненных переживаний у больного, изменение его неправильных суждений, стереотипа реагирования и установок, а также облегчение адаптации к внешним условиям. Психотерапию проводит врач-психиатр, но в психотерапевтической работе большая роль принадлежит и медицинскому персоналу, деятельность которого направлена на организацию лечебного режима для больных. От медицинского персонала требуется известная активность в установлении контакта с психически больными, причем беседа не должна ограничиваться только вопросами состояния его здоровья; необходимо привлекать внимание больного к его домашним делам, его интересам, работе и т. д.

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ Цель реабилитационной (восстановительной) медицины — восстановление психических и физических сил у перенесшего психическое заболевание человека до контрольного уровня, т. е. способности к работе. Социально-реабилитационные мероприятия составляют важную часть лечения психических заболеваний и проводятся как в амбулаторных условиях, так и в психиатрическом стационаре. В остром периоде психического заболевания, когда даже нормальная эмоциональная и трудовая нагрузка может вызвать усиление патологических изменений, больному необходим психический и физический покой, т. е. лечебно-охранительный режим, который осуществляется чаще всего в стационаре. При улучшении состояния больного под влиянием активной терапии лечебно-охранительный режим заменяется лечебно-активизирующим. При активизирующем режиме наряду с активной терапией рекомендуются социально-психологические воздействия: поощрение самообслуживания, стимуляция активного отношения к жизни отделения путем участия в коллективных мероприятиях по трудовой терапии и культурным развлечениям. В дальнейшем рекомендуется постепенное увеличение трудовых нагрузок на больного и вовлечение его в самоуправление.

Реабилитационные мероприятия призваны восстанавливать положительное отношение больного к семье, обществу, жизни и предотвратить формирование психического дефекта со склонностью больного к самоизоляции. Продолжающееся активное лечение больного приводит к компенсации психического состояния, что дает возможность больному держать под контролем собственных усилий остаточные проявления своей болезни. На этом этапе необходима всемерная стимуляция социальной активности больного; целью реабилитационных мероприятий становится восстановление у больных социальных связей, нарушенных болезнью. Эти мероприятия проводятся в условиях больницы, а также после выписки больных под руководством участкового психиатра.

В осуществлении социальной реабилитации большая роль принадлежит медицинскому персоналу, который контролирует систематическое выполнение больным реабилитационных мероприятий с увеличивающейся трудовой нагрузкой, учитывая при этом индивидуальные склонности больного и его интересы. Социальная реабилитация в амбулаторных условиях позволяет больному вернуться на прежнюю работу или создает условия для рационального трудоустройства, а также способствует формированию у больных полезных интересов, целесообразному использованию свободного времени.

Глава 10

БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА, НОСА

АБСЦЕСС ЗАГЛОТОЧНЫЙ образуется в результате нагноения позадиглоточных, предпозвоночных лимфатических узлов. Наблюдается преимущественно в раннем детском возрасте, у ослабленных детей, чаще после ангины, острого ринофарингита.

Симптомы. Выпячивание (податливое, с зыблением при ощупывании) и гиперемия задней стенки глотки. Повышение температуры до 39—40 °С, затрудненное носовое дыхание, гнусавый голос, резкая боль при глотании, одышка (при вдохе). Нередко болезненная отечность (за счет увеличенных лимфатических узлов) сзади и книзу от угла нижней челюсти. Обычно голова отклонена кзади и в пораженную сторону.

Лечение. Срочное вскрытие абсцесса. Сразу после вскрытия абсцесса голову ребенка наклоняют кпереди и книзу, что предупреждает затекание гноя в дыхательные пути. До и после операции лечение антибиотиками.

АБСЦЕСС МОЗГА см. главу «Хирургические болезни».

АБСЦЕСС НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ см. *Гематома носовой перегородки.*

АБСЦЕСС ОКОЛОГЛОТОЧНЫЙ — нагноение клетчатки окологлоточного пространства, являющееся осложнением ангины (или обострения хронического тонзиллита), паратонзиллярного абсцесса (см.) или, значительно реже, тонзиллэктомии.

Симптомы. Болезненная отечность шеи позади угла нижней челюсти, затрудненное открывание рта. Выпячивание миндалины на пораженной стороне (или, если миндалина удалена, ее ниши), гиперемия и отечность боковой стенки глотки. Резкая боль при глотании, общее недомогание, высокая температура, иногда озноб.

Лечение. В начале заболевания, когда указанные симптомы мало выражены и имеется лишь воспалительная инфильтрация окологлоточной клетчатки,— тепло на шею, инъекции антибиотиков. При прогрессировании болезненных симптомов — вскрытие абсцесса либо через нишу миндалины (если последняя удалена), либо с помощью разреза на шее.

АБСЦЕСС ОКОЛОМИНДАЛИКОВЫЙ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНЫЙ см. *Ангина флегмонозная.*

АДЕНОИДЫ, АДЕНОИДНЫЕ РАЗРАСТАНИЯ — гипертрофия носоглоточной миндалины. Обычно возникает после перенесенных инфекций (корь, скарлатина, грипп, дифтерия) или является наследственной конституцией. Чаще встречается у детей в возрасте 3—10 лет.

Симптомы. Постоянные заложенность носа и выделения из него, гнусавость; рот открыт и днем, но особенно во время сна, сопровождающегося храпом. Лицо амимично. Часто головная боль. Дети отстают в учебе, физически ослаблены, иногда наблюдается ночное недержание мочи. Наряду с частыми острыми воспалениями носоглотки аденоидные разрастания, закрывая устье слуховых (евстахиевых) труб и нарушая вентиляцию среднего уха, обусловливают понижение слуха, ведут к повторным острым средним отитам. Диагноз ставят на основании данных задней риноскопии и пальцевого исследования носоглотки.

Лечение хирургическое.

АНГИНЫ ИНФЕКЦИОННЫЕ. Ангина — острое общее инфекционное заболевание с наиболее выраженным местным воспалительным процессом в области лимфаденоидной ткани глотки. Чаще поражаются небные миндалины, значительно реже встречается ангина носоглоточной и язычной миндалин. Ангина чаще вызывается стрептококками. Заболевание может быть обусловлено внедрением возбудителя извне или быть следствием активизации микробов, постоянно находящихся в лакунах миндалин, кариозных зубах, в полости носа и придаточных пазух. Однако решающее значение как в возникновении ангины, так и в дальнейшем течении имеет общее состояние организма. Так, заболеванию способствуют охлаждение и другие неблагоприятные факторы, ведущие к ослаблению организма. Ангина чаще наблюдается ранней весной и осенью. Различают катаральную, лакунарную и фолликулярную ангину. Ангина может вызвать тяжелые осложнения со стороны сердца, суставов, почек (воспалительные заболевания, ревматическое поражение). Местное осложнение — околоминдаликовый абсцесс. Ангина наблюдается при ряде инфекционных заболеваний (скарлатина, корь, дифтерия, грипп) и при заболеваниях крови.

Ангина катаральная. Симптомы. Недомогание, повышение температуры тела (осо-

бенно у маленьких детей), познабливание, головная боль, иногда боли в суставах. Сухость в горле, саднение, сменяющееся болью при глотании. Миндалины гиперемированы, слегка отечны. Подчелюстные лимфатические узлы несколько увеличены, болезненны. Продолжительность болезни 3—4 дня.

Ангина лакунарная. Общие симптомы более резко выражены, как и боль при глотании. Высокая температура (до 40 °С) с начала заболевания. Наряду с изменениями, описанными при катаральной ангине, имеются желтовато-белые налеты, выступающие из лакун. В налетах содержатся отторгающиеся эпителиальные клетки, лейкоциты, микробы. Иногда наблюдается сплошной налет, покрывающий миндалины, но в отличие от дифтерии не выходящий за пределы миндалин и легко снимающийся. Увеличение и болезненность подчелюстных лимфатических узлов более выражены, чем при катаральной ангине. Продолжительность болезни 4—5 дней. Ангина контагиозна.

Ангина фолликулярная. Общие симптомы примерно те же, что и при лакунарной ангине. Проявляется нагноением фолликулов, которые выступают на поверхности гиперемированных и отечных миндалин в виде желтовато-белых точек. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Продолжительность болезни, как и при лакунарной ангине, 4—5 дней.

Ангина Людовика — острое флегмонозное воспаление клетчатки дна полости рта чаще на почве инфекционного заболевания зубов. Общие симптомы — недомогание, высокая температура (до 40 °С), ухудшение аппетита, сна. Местно — очень плотная припухлость и инфильтрация подчелюстной и подбородочной области. Выпячивание и отечность слизистой оболочки дна полости рта. Ограниченное и болезненное раскрывание рта. Боль при глотании, жевании. Речь затруднена, невнятна. При развитии заболевания припухлость распространяется на шею. При несвоевременном лечении возникают сепсис, затруднение дыхания и даже асфиксия вследствие сдавления и отечности гортани, трахеи.

Ангина флегмонозная (околоминдаликовый абсцесс) — осложнение ангины. Воспаление с последующим нагноением околоминдаликовой клетчатки вызывается инфекцией, проникающей из лакун миндалины. В преобладающем большинстве случаев заболевание одностороннее.

Симптомы. Обычно у больного, перенесшего ангину, повышается температура (до 38—40 °С), глотание становится резко болезненным, вследствие чего больной отказывается от пищи. Ограниченное раскрывание рта, гнусавость. Гиперемия и отечность мягкого неба на пораженной стороне, миндалина выпячена, язычок смещается в здоровую сторону. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Голова вынужденно наклонена в пораженную сторону.

Ангина язвенно-пленчатая. Желтовато-белые некротические налеты на миндалинах, мягком небе, иногда на задней стенке глотки, слизистой оболочке щек. Налеты снимаются легко, под ними остаются поверхностные или более глубокие изъязвления. Неприятный запах изо рта. Общее состояние удовлетворительное, температура повышается до 38 °С, может быть субфебрильной или нормальной. Лимфатические узлы шеи увеличены, малоболезненны. Глотание безболезненно. Заболевание длится около недели, но у ослабленных больных может иметь затяжной характер. В мазке из зева обнаруживают симбиоз веретенообразной палочки и спирохеты полости рта.

Диагноз ангин основывается на данных осмотра, исследования мазка (при налетах, особенно при подозрении на дифтерию и язвенно-пленчатую ангину) и крови (особенно при подозрении на заболевание крови).

Лечение. Постельный режим, обильное питье, полужидкая, высококалорийная пища, витамины, теплые полоскания борной кислотой (чайная ложка на стакан воды), перекисью водорода (3 % раствор), перманганатом калия (растворять кристаллы до розовой окраски), слабым раствором шалфея; согревающий компресс ($^1/_3$ спирта и $^2/_3$ воды). При высокой температуре — ацетилсалициловая кислота (0,5 г), кофеин-бензоат натрия (0,1 г) по 1 таблетке 2—3 раза в день. Сульфаниламидные препараты (сульфадимезин и др.) по 1 г каждые 4 ч, детям — в зависимости от возраста — от 0,1 до 0,5 г. При более тяжелом течении — антибиотики (пенициллин по 300 000 ЕД не менее 4 раз в сутки, олететрин по 0,25 г 4—5 раз в день внутрь), сульфален по 0,2 г сут. Сульфаниламидные препараты и антибиотики давать не менее 5—7 дней. Следить за состоянием сердца, почек. При запорах — слабительные, клизма. При язвенно-пленчатой ангине — смазывание язв 1 % раствором Люголя, припудривание новарсенолом. При флегмонозной ангине, ангине Людовика — хирургическое лечение, инъекции антибиотиков, кислородная терапия в барокамере.

ВОСПАЛЕНИЕ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ ОСТРОЕ И ХРОНИЧЕСКОЕ. Острое воспаление чаще является следствием острого насморка, гриппа. Реже наблюдается при кори, скарлатине и других инфекциях.

Симптомы и течение. Одностороннее закладывание носа, слизистые или гнойные выделения, снижение или потеря обоняния. Ощущение распирания, тяжести, в дальнейшем — боли в области щеки или лба. Боль при надавливании в области верхнечелюстной (гайморовой) или лобной пазухи. Иногда присоединяются боли в области зубов, виска, переносья, головная боль. Может появиться отечность в области пораженной пазухи. Температура тела, как правило, повышается. Воспаление решетчатого лабиринта (этмоидит) обычно бывает не самостоятельным, а присоединяется к гаймориту или фронтиту. Двусторонний синуит встречается значительно реже одностороннего.

Хроническое воспаление протекает со значительно менее выраженными симптомами (выделения из носа, иногда небольшая головная боль, снижение трудоспособности). При осмотре полости носа (передняя риноскопия)

наблюдаются гиперемия и отечность средней носовой раковины и нередко слизисто-гнойное или гнойное отделяемое в среднем носовом ходе, затекающее в носоглотку. При хроническом воспалении могут быть полипы в полости носа. Для распознавания необходим рентгеновский снимок придаточных пазух.

Лечение. Домашний режим (в более тяжелых случаях — постельный). При высокой температуре — ацетилсалициловая кислота (0,5 г) с кофеином (0,1 г) по одной таблетке 2—3 раза в день. Для уменьшения отека слизистой оболочки и улучшения оттока из пазух назначают капли в нос (кокаин — 0,2 г, эфедрин — 0,2 г, 3 % борная кислота — 10 мл) по 10 капель 3—4 раза в день. Для того чтобы капли попали в средний носовой ход (куда открываются пазухи), голову больного следует запрокинуть и повернуть в больную сторону. Кроме того, применяют тепло на область щеки или лба (грелка, синий свет), а в условиях стационара — УВЧ или диатермию. При головной боли дают анальгин. Для более быстрого купирования воспаления назначают также сульфадимезин (по 1 г 3—4 раза в день) или олететрин (250 000 ЕД 3—4 раза в день). В более тяжелых случаях применяют в/м инъекции пенициллина (по 500 000 ЕД 2—3 раза в день); при гнойном гайморите пенициллин лучше вводить непосредственно в пораженную пазуху путем повторных проколов. При затемнении верхнечелюстной пазухи делают прокол и промывание ее.

Хроническое негнойное воспаление придаточных пазух носа лечат введением сосудосуживающих капель, применением диатермии или УВЧ. При гнойных синуитах, особенно полипозно-гнойных гайморитах, лечение проводят проколами пазухи с введением антибиотиков, а при отсутствии эффекта делают операцию.

ВОСПАЛЕНИЕ СРЕДНЕГО УХА ОСТРОЕ чаще наблюдается у детей (особенно грудного и раннего возраста). Патогенные микроорганизмы попадают в барабанную полость при остром насморке, аденоидных разрастаниях, при гриппе, кори, скарлатине. Факторами, способствующими развитию воспаления, являются простуда, общие инфекции, ослабляющие сопротивляемость организма.

Симптомы и течение. Боль в ухе сразу резкая или постепенно усиливающаяся, заложенность уха, шум в ухе, часто переходящий в ощущение пульсации, понижение слуха, повышение температуры (у маленьких детей до 40° С). Барабанная перепонка гиперемирована, опознавательные пункты стушеваны. При гнойном отите барабанная перепонка выпячивается и в дальнейшем возможно прободение ее с появлением гнойных выделений. После этого температура обычно понижается и все симптомы постепенно исчезают. Возможны затяжное течение и различные осложнения (мастоидит, лабиринтит, менингит, сепсис, абсцесс мозга).

Лечение. Постельный режим. Внутрь ацетилсалициловая кислота по 0,5 г 3 раза в день, сульфадимезин по 1 г 4 раза в день или олететрин по 250 000 ЕД 4 раза в день. В ухо назначают капли (карболовая кислота 0,5 г, глицерин 10 г) 3 раза в день по 8—10 капель в теплом виде на 10 мин. Затем капли удаляют ватным тампоном во избежание раздражения. Накладывают согревающий компресс или грелку на ухо. Если боль в ухе не стихает, держится высокая температура и имеется выпячивание барабанной перепонки, то производят парацентез (разрез) барабанной перепонки для эвакуации гноя из барабанной полости. Когда появится гной, его очищают ватным тампоном и впускают капли 3 % борного спирта, 0,5 % раствора сульфата цинка или перекиси водорода с последующим осушением уха. Если и после появления гноетечения улучшение не наступило, то назначают в/м инъекции пенициллина (по 500 000 ЕД 3—4 раза в день).

Профилактика. Своевременное лечение острых ринитов и фарингитов, удаление аденоидов, полипов и других патологических образований в полости носа, нарушающих дыхание. Закаливание организма. Антибиотики при кори, скарлатине.

ВОСПАЛЕНИЕ СРЕДНЕГО УХА ХРОНИЧЕСКОЕ ГНОЙНОЕ. При несвоевременном и неправильном лечении острого гнойного среднего отита, хронических, воспалительных процессах носа и придаточных пазух, глотки, при снижении сопротивляемости организма воспаление уха может стать хроническим.

Симптомы. Стойкое прободение, частичный или полный дефект барабанной перепонки, непрекращающееся или периодически возобновляющееся гноетечение, кариес костных стенок барабанной полости, грануляция или полипы, иногда образование холестеатомы, понижение слуха.

Лечение. Обязательной предпосылкой является устранение патологии носа, придаточных пазух, глотки. При наличии кариеса костных стенок, холестеатомы, грануляций, полипов показана радикальная операция уха. При одиночных полипах, скудных грануляциях без резко выраженного кариеса возможно удаление полипа и грануляций с последующим консервативным лечением. При поражении надбарабанного пространства (аттика) без указанных осложнений его промывают спиртом (через специальную трубочку). В остальных случаях гной осушают ватным тампоном, впускают капли 3 % борного спирта или фурацилина (фурацилин 0,02 г, спирт 70 % 10 мл) или вдувают порошки борной кислоты, сульфаниламидов.

ГАЙМОРИТ см. *Воспаление придаточных пазух носа.*

ГЕМАТОМА НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ — подслизистое скопление крови при травмах носа; при несвоевременном лечении гематома нагнаивается и образуется абсцесс носовой перегородки.

Симптомы. Небольшое повышение температуры тела, заложенность носа, иногда головная боль. При осмотре носа видно красноватое выпячивание носовой перегородки, обычно двустороннее.

Лечение. Если при пункции гноя нет, то кровь отсасывают и вводят пенициллин, при

абсцессе делают разрез, проводят лечение антибиотиками.

ГИПЕРТРОФИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН обычно наблюдается у детей.

Симптомы. Миндалины значительно увеличены, иногда вплоть до соприкосновения друг с другом. При резкой гипертрофии затруднено дыхание.

Лечение хирургическое (удаление миндалин).

ГИПЕРТРОФИЯ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ см. *Аденоиды.*

ГЛУХОНЕМОТА обусловлена глухотой врожденной (вследствие порока развития нервного аппарата улитки) или приобретенной в раннем детском возрасте (в результате цереброспинального менингита, скарлатины, кори, тифов, эпидемического паротита, дифтерии, сифилиса и т. д).

Симптомы. Врожденная глухота обычно абсолютная. При ней часто сохраняется вестибулярная функция. Приобретенная глухота может быть неполной и обычно сопровождается потерей вестибулярной функции вследствие распространения воспаления на весь лабиринт или на VIII пару черепных нервов. При приобретенной глухонемоте иногда можно выявить послевоспалительные изменения среднего уха.

Лечение абсолютной глухоты бесперспективно. При приобретенной глухоте, связанной с воспалением среднего уха, при наличии остатков слуха необходимо их развивать при помощи специальной акустической аппаратуры. В специальных школах глухонемых детей обучают чтению с губ и устной речи. Обучение настолько эффективно, что многие глухонемые получают в дальнейшем среднее и высшее образование.

ДИФТЕРИЯ ЗЕВА, ГОРТАНИ И НОСА см. главу «Инфекционные болезни».

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ГОРТАНИ, ТРАХЕИ И БРОНХОВ могут быть самыми разнообразными и попадают из полости рта во время вдоха, разговора, крика, смеха, еды, редко — во время сна (зубной протез).

Симптомы. Сразу после попадания инородного тела — периодические приступы судорожного кашля и удушья. При застревании между голосовыми складками — потеря голоса. Подвижные инородные тела в трахее при дыхании, кашле ударяются о нижнюю поверхность голосовых складок с характерным хлопающим шумом. Чаще всего инородные тела попадают в более короткий и широкий правый бронх. Инородное тело, закупорившее правый или левый главный бронх, вызывает в соответствующем легком ослабление дыхательного шума, притупление перкуторного звука (ателектаз) и эмфизему на противоположной стороне. При длительном пребывании инородного тела развиваются осложнения — пневмония, абсцесс или гангрена легкого.

Диагноз ставят на основании анамнеза, осмотра гортани, трахеи и бронхов (бронхоскопия), физикального и рентгенологического исследования бронхов и легких.

Лечение. Самопроизвольное выбрасывание инородных тел при кашле наблюдается редко. Удаление производят при помощи бронхоскопа или прямой ларингоскопии (у детей). При резком нарушении дыхания — срочная трахеотомия.

Профилактика. Необходимо предупреждать родителей о том, что мелкие предметы для игры детей опасны. Удалять из пищи ребенка мелкие рыбные и мясные кости, фруктовые косточки, семечки и т. д. При малейшем подозрении на инородное тело дыхательных путей необходимо срочно обращаться к врачу.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА НОСА встречаются преимущественно у детей, засовывающих их в нос во время игры. У взрослых они являются следствием травмы, чаще огнестрельной.

Симптомы. Инородные тела, особенно гладкие и небольшие, иногда могут не давать симптомов; при длительном пребывании в носу вокруг них могут откладываться известковые соли (образование носовых камней — ринолитов). При больших размерах инородных тел может нарушаться дыхание. Если присоединяются воспалительные явления слизистой оболочки, то носовое дыхание существенно нарушается, появляются гнойные выделения. Односторонние гнойные выделения, особенно у детей, при отсутствии патологии придаточных пазух носа вызывают подозрение на наличие инородного тела.

Лечение. Удаление инородного тела под местным или общим обезболиванием (у очень беспокойных детей), которое производит врач-специалист.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА УХА чаще наблюдаются у маленьких детей. Могут не вызывать симптомов, а при больших размерах понижать слух, вызывать рефлекторный кашель; у взрослых встречаются живые инородные тела (насекомые).

Лечение. Удаление производит врач-специалист. Промывают ухо теплой водой (если в анамнезе нет гноетечения). Если это не дает успеха, то применяют тупые крючки. При инородных телах, способных набухать, в слуховой проход предварительно вливают 96 % спирт (несколько раз в день по 10 капель). Насекомых предварительно умерщвляют введением в ухо спирта, 5 % раствора карболового глицерина, камфорного масла.

ИСКРИВЛЕНИЕ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ может быть врожденным или травматическим. Нерезкое искривление, не вызывающее нарушения дыхания, не нуждается в лечении. При выраженном нарушении дыхания показана операция.

КРОВОТЕЧЕНИЕ НОСОВОЕ. Местные причины — травмы носа, ковыряние в носу, редко — кровоточащие опухоли, язвы. Общие причины — атеросклероз, гипертоническая болезнь, некоторые инфекционные заболевания, болезни сердца, почек, печени, крови. Чаще кровоточащий участок находится в передненижнем отделе носовой перегородки, где имеются расширенные сосуды.

Лечение. Больного следует положить с приподнятой головой, расстегнуть воротник и пояс, положить холодный компресс на нос и затылок, прижать крыло носа к носовой перегородке. Если кровотечение не останавли-

вается, то вкладывают в нос ватный или марлевый тампон, смоченный перекисью водорода или раствором тромбина. Если и это не дает эффекта, то врач-специалист производит переднюю или заднюю тампонаду, показаны повышающие свертываемость крови средства (викасол, в/в инъекции 10 % раствора хлорида кальция), иногда переливание крови (по 150—200 мл).

КРУП ГОРТАННЫЙ ИСТИННЫЙ см. *Дифтерия.*

КРУП ГОРТАННЫЙ ЛОЖНЫЙ — подскладочное острое воспаление гортани, возникает обычно после острого насморка или гриппа у детей с экссудативным диатезом.

Симптомы. Внезапный приступ лающего кашля, затрудненного дыхания при почти нормальном голосе. Ребенок испытывает страх. Приступ начинается обычно ночью и также быстро заканчивается.

Лечение. Постельный режим, обильное теплое питье, ацетилсалициловая кислота по 0,3 г 2 раза в день, банки, горчичники, горячие ножные ванны, мочегонные (фуросемид). В случае асфиксии — трахеотомия.

ЛАБИРИНТИТ. Воспаление лабиринта (внутреннего уха) является серьезным осложнением острого и хронического гнойного среднего отита. Оно нередко приводит к глухоте, выпадению вестибулярной функции и может быть причиной гнойного менингита и абсцесса мозжечка.

Симптомы. Головокружение, тошнота или рвота, нарушение равновесия, частичная (при ограниченном, негнойном лабиринтите) или полная потеря слуха. Температура тела нормальная или субфебрильная. Высокая температура является признаком распространения воспаления на мозг и его оболочки.

Лечение. Госпитализация. Постельный режим, сульфаниламиды, антибиотики. При больших изменениях в среднем ухе, а также при симптомах внутричерепного осложнения — хирургическое лечение.

ЛАРИНГИТ ОСТРЫЙ (воспаление гортани) возникает чаще при остром катаре верхних дыхательных путей, гриппе и других инфекционных заболеваниях, а также в результате перенапряжения голоса.

Симптомы. В зависимости от степени воспаления — изменение голоса от легкой охриплости до потери его, кашель, сухость, саднение в горле. Иногда небольшое повышение температуры, головная боль. Местно — гиперемия всей слизистой оболочки, особенно голосовых складок, набухших, покрытых слизью.

Лечение. Домашний режим, молчание, согревающий компресс на шею, паровые или ментоловые ингаляции, кодеин, отхаркивающая микстура, вдыхание аэрозолей пенициллина. Избегать слишком холодной или горячей, а также острой пищи.

ЛАРИНГИТ ХРОНИЧЕСКИЙ возникает вследствие часто рецидивирующего острого ларингита, а также у курильщиков, у лиц, страдающих алкоголизмом, у людей, работа которых связана с профессиональными вредностями (перенапряжение голоса, химические производства).

Симптомы. Охриплость, быстрая утомляемость голоса, першение, царапание в горле, вызывающие частое откашливание. В гортани отмечается гиперемия с сероватым оттенком слизистой оболочки, преимущественно голосовых складок и преддверных складок (ложные голосовые связки), утолщение, отечность складок, иногда неполное смыкание голосовых складок. Встречаются пахидермия (ограниченные утолщения ороговевающего эпителия) голосовых складок и межчерпаловидного пространства или узелка на складках. Наблюдается атрофическая форма с сухостью и корками, обычно поражающая также нос и глотку.

Лечение. Устранение причинных факторов, таких, как перенапряжение голоса, курение, алкоголь, профессиональные вредности. Смазывание гортани 1—3 % раствором нитрата серебра (ляписа) или йод-глицерина, щелочно-масляные ингаляции, диатермия или УВЧ-терапия гортани, климатическое лечение.

ЛАРИНГОТРАХЕИТ КРУПОЗНО-ВИРУСНЫЙ СТЕНОЗИРУЮЩИЙ встречается преимущественно у детей, чаще при гриппе.

Симптомы. Язвенно-экссудативное воспаление слизистой оболочки дыхательных путей (включая бронхи) с образованием пленок, закупоривающих дыхательные пути. Воспаление сочетается с тяжелой общей интоксикацией и поражением паренхиматозных органов, отеком мозга. Прогноз плохой.

Лечение. Показаны гамма-глобулин, интерферон, десенсибилизирующие средства. В тяжелых случаях интубация или трахеотомия с переводом на управляемое дыхание, антибиотики, кортикостероиды.

МАСТОИДИТ ОСТРЫЙ — воспаление сосцевидного отростка. Острое гнойное воспаление среднего уха иногда распространяется на ячейки сосцевидного отростка, разрушая перегородки между ними, вследствие чего образуется полость с гноем и грануляциями. Разрушение кости может достигать поверхности сосцевидного отростка, сигмовидного синуса, лицевого нерва, средней и задней черепной ямки, вызывая те или иные осложнения.

Симптомы. Повышение температуры тела (иногда до 39—40 °С), головная боль, боль и пульсирующий шум в ухе. Обильное гноетечение из слухового прохода, сужение слухового прохода в костном отделе, болезненность при пальпации сосцевидного отростка. Иногда образуется позадиушная флюктуирующая припухлость (поднадкостничный абсцесс). При несвоевременном лечении возможны внутричерепные осложнения, сепсис, паралич лицевого нерва, лабиринтит.

Лечение то же, что и при остром гнойном среднем отите, с обязательным применением антибиотиков, лед на сосцевидный отросток. При безуспешном лечении — операция на ухе.

МЕНИНГИТ ГНОЙНЫЙ — гнойное воспаление мозговых оболочек. Встречается как осложнение гнойного воспаления среднего или внутреннего уха (отогенный менингит) и придаточных пазух носа (риногенный менингит).

Симптомы. Начинается сильной головной болью и высокой температурой, нередко

тошнотой и рвотой. В дальнейшем бывает потеря сознания. Наиболее характерные симптомы — ригидность затылочных мышц и положительный симптом Кернига (ногу, согнутую в тазобедренном суставе до прямого угла, нельзя разогнуть в коленном суставе). Решающим в диагнозе является спинномозговая пункция. При исследовании спинномозговой жидкости, часто мутной и вытекающей под повышенным давлением, обнаруживается большое количество белка, много клеточных элементов, иногда бактерий.

Лечение. Операция на ухе или придаточных пазухах. Массивная сульфаниламидотерапия (сульфален, сульфадиметоксин по 1 г/сут) в сочетании с пенициллином и стрептомицином (до 1 500 000 — 2 000 000 ЕД/сут). Для в/м инъекций используют следующие антибиотики: ампициллин, метициллин, оксациллин, цепорин. Для приема внутрь назначают эритромицин, олететрин, рондомицин. Для понижения внутричерепного давления проводится дегидратация путем применения диуретических средств (фуросемид, диакарб).

МЕНЬЕРА БОЛЕЗНЬ выражается в водянке лабиринта вследствие нарушения иннервации его сосудов и изменения проницаемости капилляров внутреннего уха.

Симптомы. Периодические внезапные приступы понижения слуха на одно ухо, резкого головокружения с нарушением равновесия, тошноты, рвоты. Продолжительность приступов от нескольких часов до нескольких дней. При отоскопии уши без патологии. Одностороннее понижение слуха остается после приступов и может прогрессировать с повторением их.

Лечение. Постельный режим. Бессолевая диета с ограничением жидкости. В/в введение 40 % раствора глюкозы и 10 % раствора хлорида кальция, мочегонные средства, атропин (0,001 г) с папаверином (0,02 г), платифиллин, димедрол, аэрон в таблетках, бромиды. Внутриносовая новокаиновая блокада, электрофорез (воротник по Щербаку) хлорида кальция.

НАСМОРК АТРОФИЧЕСКИЙ. Симптомы. Жалобы на сухость в носу, заложенность его, понижение обоняния, иногда головную боль. При риноскопии — атрофия носовых раковин, широкие носовые ходы, ссохшиеся вязкие выделения в виде корок.

Лечение. Растительные масла (персиковое, оливковое) в виде носовых капель, щелочно-масляные ингаляции, диатермия или УВЧ на область носа, 0,5 % раствор йод-глицерина в виде капель или смазывания полости носа.

НАСМОРК ВАЗОМОТОРНЫЙ (рефлекторный) и **аллергический**. Обе формы насморка очень сходны клинически. Наблюдаются у лиц с вегетативными расстройствами и предрасположенных к аллергическим реакциям.

Симптомы. Приступы закладывания носа с обильными водянистыми выделениями, многократным чиханьем, иногда слезотечением, зудом в носу. При риноскопии отек, иногда синюшность нижних раковин.

Лечение. Общее закаливание организма (утренняя гимнастика, спорт, водные процедуры, длительные прогулки и т. д.), препараты мышьяка, железа, витамины группы В, аскорбиновая кислота, атропин, эфедрин, хлорид кальция, супрастин или димедрол. Местно — устранение патологии носа и глотки (искривление перегородки, полипы, аденоиды), сосудосуживающие капли (во время приступа) — галазолин, нафтизин. Внутриносовая новокаиновая блокада, при гипертрофии нижних раковин — гальванокаустика, электрофорез (воротник по Щербаку) хлорида кальция.

НАСМОРК ЗЛОВОННЫЙ (ОЗЕНА). Симптомы. Атрофия слизистой оболочки и костного остова носовых раковин. Образование корок со зловонным запахом. Снижение или потеря обоняния. Болезнь начинается в молодом возрасте и сразу принимает хроническое течение.

Лечение. Промывание носа щелочными растворами, смазывание носа йод-глицерином (Jodi puri 0,05 г, Kalii jodidi 0,2 г, Glycerini 10 г, Ol. Menthae gtt. II) или вкладывание на 20—30 мин ватных тампонов, смоченных этим лекарством, щелочно-масляные ингаляции в сочетании с диатермией или УВЧ на область челюстных пазух. В ряде случаев эффективно в/м введение стрептомицина по 500 000 ЕД 2 раза в день в комбинации с пероральным приемом никотиновой кислоты в дозе 0,05 г 1 раз в день.

НАСМОРК ОСТРЫЙ — проявление катара верхних дыхательных путей или инфекции (чаще гриппа).

Симптомы. Вначале сухость в носу, жжение в глотке, чиханье, тяжесть в голове. В дальнейшем закладывание носа, обильные выделения, вначале светлые, затем слизисто-гнойные, головная боль, иногда боль в области придаточных пазух, глазниц, гнусавость, слезотечение, конъюнктивит.

Лечение. Ацетилсалициловая кислота по 0,5 г 2—3 раза в день. Эфедрин в виде капель (2—3 % раствор) или мази (эфедрин 0,3 г, ментол 0,1 г, борная кислота 0,5 г, ланолин и вазелин по 6 г), нафтизин, галазолин. Носовые капли впускают несколько раз в день по 5—6 капель. Детям до 3 лет ментол назначать нельзя, им вводят 1—2 капли раствора адреналина (1:10 000) или эфедрина (1—2 %). Физиотерапия (соллюкс, ультрафиолетовое облучение носа).

Профилактика состоит в закаливании организма.

НАСМОРК ХРОНИЧЕСКИЙ встречается в виде простого, гипертрофического и атрофического. Развивается на почве частых острых насморков, инфекционных болезней, аденоидов, хронических синуитов, профессиональных вредностей.

Симптомы. При простом хроническом насморке отмечаются нерезкая гиперемия и отек носовых раковин. Симптомы те же, что и при остром насморке, но менее выражены. В положении лежа носовое дыхание более затруднено. Выделения не густые, слизистые. При гипертрофическом насморке мо-

гут быть утолщены вся раковина (по нижнему краю), передний или задний ее конец. Утолщение может быть гладким или дольчатым, бугристым. Закладывание носа более выраженное и стойкое. Атрофический насморк см. *Насморк атрофический.*

Лечение. При простом хроническом рините применяют вяжущие или прижигающие средства (1—5 % растворы протаргола или колларгола в виде капель, смазывания 3—5 % раствором нитрата серебра). Назначают щелочно-масляные ингаляции, УВЧ на область носа. При гипертрофическом рините производят прижигания гипертрофированных участков хромовой, трихлоруксусной кислотой или гальванокаутером. Резко гипертрофированные части раковин удаляют оперативным путем.

НЕВРИТ СЛУХОВОГО НЕРВА развивается вследствие перенесенных инфекционных (грипп, корь, скарлатина, тифы, менингит) и общих заболеваний (атеросклероз, нефрит, сахарный диабет и др.), интоксикаций лекарственными веществами (хинин, салицилат натрия, стрептомицин и т. д.) или ядами (мышьяк, свинец, ртуть, фосфор и т. д.), злоупотребления курением и алкоголем, длительной (производственной) или однократной шумовой травмы, травмы черепа.

Симптомы. Прогрессирующая одно- или двусторонняя тугоухость, вплоть до глухоты, нередко шум в ушах.

Лечение. Устранение причины заболевания. Инъекции кокарбоксилазы (по 50 мг в/м ежедневно в течение месяца), апилак (по 1 таблетке под язык 3 раза в день в течение месяца) или в/м инъекции АТФ (1—2 мл 1 % раствора в течение месяца). Назначают также инъекции алоэ, витаминов группы В и т. д. Лечение повторяют ежегодно. При двусторонней тугоухости применяют также слухопротезирование. При внезапной тугоухости или глухоте — госпитализация.

ОЗЕНА см. *Насморк зловонный.*

ОПУХОЛИ ГОРТАНИ. Доброкачественные опухоли — фибромы (полипы), папилломы, ангиомы, кисты.

Симптомы. Охриплость. При ларингоскопии фиброма распознается как округлая опухоль величиной от 1 до 10 мм розового или красного цвета, располагающаяся на голосовой складке. Папиллома — одиночная или множественная беловатая опухоль, напоминающая цветную капусту или петушиный гребень, встречающаяся в различных отделах гортани. Ангиома — чаще небольшая опухоль синевато-красного цвета в области голосовых складок, киста — типичное, полупрозрачное, шаровидное образование в различных отделах гортани. При всех доброкачественных опухолях подвижность голосовых складок не нарушена.

Лечение хирургическое.

Злокачественные опухоли см. *Рак гортани.*

ОПУХОЛИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОСА (рак, саркома). Симптомы. Обычно вначале одностороннее закладывание носа с кровянистыми выделениями. В дальнейшем — деформация лица, боли по ходу ветвей тройничного нерва. При риноскопии — бугристая, часто кровоточащая при зондировании опухоль. Диагноз окончательный устанавливается с помощью биопсии с гистологическим исследованием.

Лечение хирургическое в сочетании с лучевой терапией.

ОТИТ см. *Воспаление среднего уха.*

ОТОСКЛЕРОЗ — дистрофическое заболевание, поражающее преимущественно костную капсулу лабиринта, клинически проявляющееся в неподвижности стремечка и прогрессирующей тугоухости. Причина заболевания неизвестна. Оно поражает главным образом женщин молодого возраста.

Симптомы. Прогрессирующее понижение слуха в течение ряда лет, вплоть до почти полной глухоты. Характерен шум в ушах, иногда мучительный. При отоскопии барабанные перепонки слегка истончены. Понижение слуха по звукопроводящему типу. Костная проводимость обычно не нарушается. Часто больные лучше слышат в шумной обстановке.

Лечение. Благоприятные условия труда и быта. Прогулки на свежем воздухе, занятия физкультурой. Молочно-растительная бессолевая диета. Комплекс витаминов В, никотиновая кислота. Препараты мышьяка, железа, кальция. Применяют слухопротезирование. Значительно более эффективно хирургическое лечение (операция на стремени).

ПАРЕЗЫ И ПАРАЛИЧИ ГОРТАННЫХ МЫШЦ. Нарушения двигательной функции гортани бывают центрального и периферического происхождения. Центральные параличи вызываются различными заболеваниями головного мозга. Периферические — обусловлены поражениями возвратного нерва, иннервирующего мышцы гортани, либо изменениями в самих мышцах (миопатические парезы) на почве различных инфекций, перенапряжения голоса. Парезы и параличи возвратного нерва вызываются разнообразными заболеваниями. К ним относятся инфекционно-токсические поражения (чаще всего грипп, а из специфических инфекций — туберкулез легких), рак легких, пищевода, опухоли щитовидной железы, заболевания сердца, крупных сосудов (аорты), травмы шеи и грудной полости (главным образом операционные).

Симптомы. Охриплость, иногда нарушения дыхания (при параличах возвратного нерва). При ларингоскопии выявляются нарушения подвижности мышц гортани.

Лечение направлено на устранение причинного заболевания. При миопатических парезах — общеукрепляющее лечение, фарадизация или электрофорез гортани (йодид калия).

ПЕРИХОНДРИТ ГОРТАННЫХ ХРЯЩЕЙ — воспаление надхрящницы, обусловленное травмой гортани, острыми (грипп, тифы) и хроническими (туберкулез, сифилис) инфекциями. Может возникать и при раке гортани, в частности в результате лучевой терапии, когда оно чаще протекает вместе с воспалением хряща (хондроперихондрит).

Симптомы. Боли при глотании и разговоре, повышение температуры тела. Инфиль-

трация и отек надгортанника, черпаловидных хрящей, реже голосовых складок. Быстрое развитие отека может вызвать резкое нарушение дыхания. В области гортани на шее может развиться болезненная отечность. Иногда возникают некрозы хряща и гнойное их расплавление с образованием свищей. При длительном течении нередко образуются рубцовые изменения, ведущие к стойкому стенозу гортани.

Лечение. В острых случаях глотание льда, холод на шею, пенициллинотерапия. При нарастающем затруднении дыхания — трахеотомия. При хронических рубцовых стенозах хирургическое восстановление просвета гортани.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОРТАНИ могут быть наружными (ушибы, сдавления, ранения холодным и огнестрельным оружием) и внутренними (ожоги, травмы инородными телами).

Симптомы. Боль в горле, охриплость или потеря голоса, кашель с кровянистой мокротой, при механических травмах — кровотечение (из раны шеи или изо рта), при ранениях шеи, проникающих в гортань,— подкожная эмфизема шеи.

Лечение. Первая помощь — остановка кровотечения, при резком нарушении дыхания — трахеотомия. Для уменьшения боли, кашля — морфин, пантопон, для уменьшения слюно- и слизеотделения — атропин.

ПОВРЕЖДЕНИЯ НОСА И ЕГО ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ. Встречаются повреждения мягких тканей, носовых костей (со смещением и без смещения) и носовой перегородки. Повреждения носа вместе с придаточными пазухами наблюдаются преимущественно при ранениях, главным образом огнестрельных.

Симптомы. Носовое кровотечение, деформация носа (при смещении отломков), нарушение носового дыхания. При пальпации — болезненность, можно определить патологическую подвижность носовых костей.

Лечение. Остановка кровотечения (*см. Кровотечение носовое*), вправление костных отломков и закрепление их в правильном положении (асептическая тампонада, наружная повязка). Лечение при травме носовой перегородки с кровоизлиянием — см. *Гематома носовой перегородки.*

ПОВРЕЖДЕНИЯ УХА. Повреждения барабанной перепонки могут быть в результате ковыряния в ухе различными предметами, неумелых попыток удаления инородных тел, резких перепадов атмосферного давления (воздушная контузия, несоблюдение правил декомпрессии при работе в кессоне и т. д.), травм черепа (преимущественно переломы основания).

Симптомы. Боль в ухе, кровотечение из уха, понижение слуха, шум в ухе, иногда головокружение. При отоскопии — разрыв барабанной перепонки с резко гиперемированными краями, кровоизлияние в слуховом проходе.

Лечение. Наложение асептической повязки на ухо. Во избежание инфицирования барабанной полости с развитием гнойного среднего отита всякие манипуляции в ухе в первые дни после травмы запрещаются.

Повреждения среднего и внутреннего уха наблюдаются чаще при огнестрельных ранениях черепа.

Первая помощь — асептическая повязка, остановка кровотечения. Дальнейшее лечение проводит врач-отоларинголог.

ПОЛИПЫ НОСА являются следствием затянувшегося хронического воспаления слизистой оболочки придаточных пазух носа, чаще решетчатого лабиринта и верхнечелюстной пазухи.

Симптомы. Одиночные или множественные полипы различных размеров, студенистой консистенции, серовато-белого или желтовато-красного цвета; встречаются в одной или обоих половинах полости носа. Дыхание затруднено, обоняние ослаблено.

Лечение оперативное.

ПОЛИПЫ УХА являются осложнением хронического гнойного среднего отита.

Симптомы. Полипы, исходя из барабанной полости, в той или иной степени выполняют наружный слуховой проход. По виду напоминают носовые полипы, но более плотные. Обычно сопровождаются гнойно-кровянистыми выделениями.

Лечение. Удаление с последующим лечением хронического гнойного среднего отита.

РАК ГОРТАНИ чаще встречается у мужчин старше 40 лет.

Симптомы. Поражает верхний (надгортанник, складки преддверия), средний (голосовые складки) и подскладочные отделы гортани. При раке верхнего (вестибулярного) отдела гортани жалобы на неприятные ощущения при глотании, постепенно переходящие в болевые. При раке среднего отдела основной и ранний симптом — охриплость; у пожилых людей она должна всегда настораживать врача. Рак подскладочного отдела проявляется поздно охриплостью и нарушением дыхания. При раке верхнего отдела гортани обычно увеличиваются лимфатические узлы шеи. При ларингоскопии определяется опухоль. Окончательный диагноз ставят при помощи биопсии.

Лечение. Лучевая терапия, чаще комбинация лучевой терапии и частичного или полного удаления гортани.

РИНОСКЛЕРОМА см. *Склерома дыхательных путей.*

СЕПСИС ОТОГЕННЫЙ (ТРОМБОФЛЕБИТ СИГМОВИДНОГО СИНУСА) осложнение острого и хронического гнойного среднего отита. Возникает при переходе воспалительного процесса на стенку сигмовидной, реже поперечной венозной пазухи. В результате инфекции возникает тромб в пазухе, который в дальнейшем нагнаивается. Оторвавшиеся частички гнойного тромба могут заноситься током крови в легкие, суставы, мышцы, подкожную клетчатку, почки и т. д.

Симптомы. Скачущая температура с повышением до 40—41 °С, потрясающим ознобом и падением до нормы с проливным потом. Реже сепсис протекает с постоянной высокой температурой (обычно у детей). Тяжелое общее состояние, частый пульс слабого наполнения. При исследовании крови обнаруживаются типичные для сепсиса изменения.

Лечение. Операция на ухе с вскрытием сигмовидного синуса и удалением тромба. Инъекции пенициллина (по 250 000 ЕД 6—8 раз в сутки), стрептомицина (по 500 000 ЕД 2 раза в сутки), сульфаниламиды (6—10 г/сут). У детей соответственно меньшие дозы. Антикоагулянты (гепарин, неодикумарин), сердечные средства.

СЕПСИС РИНОГЕННЫЙ — осложнение острого или хронического гнойного воспаления пазухи носа.

Симптомы и лечение те же, что и при отогенном сепсисе (операцию производят на придаточных пазухах носа).

СЕРНАЯ ПРОБКА образуется при повышенной секреции серных желез слухового прохода.

Симптомы. При закупорке пробкой слухового прохода (чаще всего набухание ее после мытья головы, купания) резко понижается слух. При отоскопии видна ушная сера, заполняющая слуховой проход.

Лечение. Промывание теплой водой (37 °С) наружного слухового прохода. Ушную раковину оттягивают кзади и кверху и струю из 100-граммового шприца направляют по задневерхней стенке слухового прохода. Если пробка уплотнена и не удаляется таким образом, то в течение 2—3 дней ее размягчают, впуская капли в ухо по 10 капель 2—3 раза в день (сода 0,5 г, глицерин и дистиллированная вода по 5 мл). При ранее отмечавшемся гноетечении из уха промывание антисептическим раствором должен производить врач-отоларинголог.

СКЛЕРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ — хроническое инфекционное заболевание, вызываемое палочкой Волковича — Фриша.

Симптомы. Медленно развивающиеся инфильтраты слизистой оболочки носа, глотки (чаще носоглотки, гортани, трахеи, главных бронхов). Инфильтраты рубцуются и вызывают постепенное сужение просвета дыхательных путей. Образование и рубцевание инфильтратов сопровождаются атрофией, сухостью, образованием корок. Стенозирование гортани, трахеи, бронхов приводит к охриплости, нарушению дыхания. Диагноз ставят на основании осмотра дыхательных путей (бледно-розовые бугристые инфильтраты, рубцовые сращения), серологических реакций, биопсии.

Лечение. Иссечение рубцов и сращений. Стрептомицин, рентгенотерапия. При стойком рубцовом стенозе — бужирование гортани и трахеи.

ТОНЗИЛЛИТ ХРОНИЧЕСКИЙ (ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ МИНДАЛИН) — частое заболевание взрослых и детей. Развивается в результате повторных ангин или острых детских инфекций.

Симптомы. Неприятные ощущения, боли в глотке, отдающие в уши, иногда запах изо рта. Часто длительная субфебрильная температура по вечерам, слабость, головная боль, понижение трудоспособности. У большинства больных частые ангины в анамнезе. Нередко осложнения со стороны сердца, суставов, почек. При осмотре миндалины чаще увеличены, в лакунах гнойные или творожистые пробки. Иногда увеличены и болезненны подчелюстные лимфатические узлы.

Лечение. При отсутствии осложнений — консервативное лечение (промывание лакун антисептическими растворами, внутриротовые ультрафиолетовые облучения миндалин, УВЧ на увеличенные лимфатические узлы). При неуспешном лечении (повторяющиеся ангины), а также при указанных осложнениях — удаление миндалин (тонзиллэктомия).

ТРОМБОФЛЕБИТ СИГМОВИДНОГО СИНУСА см. *Сепсис отогенный.*

ТУБЕРКУЛЕЗ ГОРТАНИ возникает только при туберкулезе легких. Заражение происходит при попадании отхаркиваемой мокроты, содержащей туберкулезные микобактерии, в микроскопические трещины слизистой оболочки гортани.

Симптомы. В ранней стадии часто выявляется только гиперемия одной голосовой складки. Затем образуется инфильтрат, распад которого ведет к появлению увеличивающейся и углубляющейся язвы. Бывают двусторонние поражения, нередко в процесс вовлекаются надхрящница и хрящ (хондроперихондрит), в результате чего наступают отек гортани и нарушение дыхания. Аналогичные инфильтраты могут появляться в межчерпаловидном пространстве, на преддверных складках, черпалах, надгортаннике. Главный симптом — охриплость, кашель. При поражении входа в гортань — болезненное глотание. При значительно более редком гематогенном заражении наблюдаются туберкулезные бугорки в слизистой оболочке гортани, нередко одновременно во входе в гортань и глотке. При этом резко выражена дисфагия.

Диагноз ставят на основании осмотра гортани, обследования легких, исследования мокроты на туберкулезные микобактерии.

Лечение. Специфические антибактериальные препараты (тубазид, фтивазид, метазид), ПАСК, стрептомицин. Последний особенно эффективен при гематогенном туберкулезе гортани. Обязательно санаторное и климатическое лечение, лечебное питание. При болезненном глотании перед едой производят вдувание или ингаляцию местного анестетика.

Профилактика и уход. Во избежание заражения окружающих больные должны быть снабжены специальными карманными плевательницами с дезинфицирующей жидкостью. Следует обеспечить нормальную температуру помещения (18—19 °С), часто его проветривать. Необходимо следить за регулярностью питания и приемом лекарств. Больные должны быть предупреждены о вреде курения, употребления алкоголя, перенапряжения голоса, охлаждения. Больные туберкулезом находятся под постоянным наблюдением противотуберкулезных диспансеров и подвергаются систематическому профилактическому осмотру врачом-отоларингологом.

ФАРИНГИТ. Острый фарингит обычно сопутствует острому катару носа (нисходящее воспаление).

Симптомы. Ощущение сухости, легкой болезненности, саднения в глотке. Слизистая оболочка глотки гиперемирована, кое-где по-

крыта слизисто-гнойным секретом, часто на ней выступают отдельные фолликулы в виде красных зерен.

Л е ч е н и е. Теплые щелочные полоскания, щелочно-масляные ингаляции, УВЧ.

Хронический фарингит может быть катаральный, гипертрофический и атрофический. Возникает на почве повторных острых фарингитов, хронических ринитов, синуитов, хронического тонзиллита или вследствие общих заболеваний (застойные явления в венозной системе при заболеваниях сердца, печени, почек, болезнях обмена веществ), при профессиональных вредностях, злоупотреблениях курением, алкоголем.

С и м п т о м ы. При простом и гипертрофическом фарингите скопление вязкого слизистого отделяемого, вызывающего частое откашливание, отхаркивание. Слизистая оболочка гиперемирована, при гипертрофическом процессе набухшая, часто с резко выступающими красными зернами — фолликулами (гранулезный фарингит) или утолщенными красными тяжами параллельно задним дужкам (боковой фарингит). При атрофическом фарингите — першение, сухость, слизистая оболочка сухая, как бы покрыта лаком.

Л е ч е н и е. Устранение основных причин. Теплые щелочные полоскания, щелочно-масляная ингаляция. При атрофическом процессе — смазывания глотки йод-глицерином, при гипертрофическом — 2—5 % раствором нитрата серебра, прижигания гранул и боковых валиков трихлоруксусной кислотой. Показана криотерапия.

ФРОНТИТ см. Воспаление придаточных пазух носа.

ФУРУНКУЛ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА — ограниченное воспаление в хрящевой части наружного слухового прохода. При незначительных повреждениях кожи инфекция проникает в волосяные мешочки и сальные железы, откуда начинается воспаление.

С и м п т о м ы. Резкая боль в ухе, часто отдающая в зубы, усиливающаяся при жевании, резкая болезненность при надавливании на козелок или потягивании ушной раковины. Незначительное повышение температуры. При резком сужении инфильтратом слухового прохода — понижение слуха.

Л е ч е н и е. Вкладывание в слуховой проход узкого марлевого тампона, смоченного раствором буровской жидкости или спиртом. Тепло (согревающий компресс, синий свет) на ухо. Ультрафиолетовое облучение. При затянувшемся течении — аутогемотерапия, олететрин или сульфаниламиды.

При фурункулезе — общеукрепляющее лечение (рыбий жир, витамины и т. д).

ФУРУНКУЛ НОСА. Причины те же, что и при фурункуле уха.

С и м п т о м ы. Гиперемия, отечность и болезненность, особенно при дотрагивании в области кончика или крыла носа, припухлость и краснота на внутренней поверхности входа в нос. Иногда умеренное повышение температуры.

Л е ч е н и е. Вкладывание в нос марлевого тампона, смоченного буровской жидкостью или синтомициновой эмульсией, ультрафиолетовое облучение или УВЧ. При нарастающем воспалительном процессе с появлением отека лица — госпитализация, пенициллинотерапия. Выдавливание фурункула строжайше запрещено во избежание тромбофлебита лицевых вен и внутричерепных осложнений.

Глава 11

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ

АВИТАМИНОЗ А — недостаток витамина А и каротина в пище, нарушение всасываемости их в желудочно-кишечном тракте.

Симптомы. Понижение или отсутствие зрения в сумерках и темноте — гемералопия, сухость, складчатость и пигментация конъюнктивы; иногда в области лимба видны серовато-белые сухие участки ороговения конъюнктивы. В очень тяжелых случаях развивается серовато-белое помутнение роговицы обоих глаз ниже зрачка. Помутнение проникает в глубокие слои роговицы, образуется обширная язва, расплавление роговицы (кератомаляция). Чаще встречается у истощенных, ослабленных больных детей, при тяжелых заболеваниях желудочно-кишечного тракта, печени.

Лечение. Диета, богатая витамином А и каротином (говяжья печень, яйца, сливочное масло, морковь, щавель, абрикосы, шпинат). Внутрь рыбий жир (чайная ложка 2 раза в день) или препараты витамина А. Разовая лечебная доза ретинола и концентрата витамина А для взрослых 10 000—25 000 МЕ, суточная — до 30 000 МЕ. Разовая доза для детей 5 000—10 000 МЕ, суточная — до 20 000 МЕ. При нарушениях всасываемости витамина А в желудочно-кишечном тракте — в/м инъекции раствора ретинола ацетата в масле (50 000 МЕ 1 раз в два дня). Закапывание в конъюнктивальный мешок рыбьего жира, 0,01 % раствора цитраля 3—4 раза в сутки. При кератомаляции лечение основного заболевания — закладывание за веко 20 % сульфацил-натриевой либо 10 % сульфапиридазиновой мази в сочетании с 1 % левомицетиновой или 1 % тетрациклиновой мазью.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ см. *Весенний катар, конъюнктивит медикаментозный.*

АНГИОРЕТИНОПАТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ — патологическое состояние сетчатки и ее сосудов при гипертонической болезни.

Симптомы. В начальных стадиях жалоб нет, позднее появляются темные пятна перед глазами, ухудшается зрение. При офтальмоскопии определяются сужение ретинальных артерий, извитость, характерные перерывы столба крови в вене на месте перегиба через нее артерии (симптом перекреста), белые полоски вдоль артерий. В далеко зашедших случаях весь артериальный сосуд превращается в белый тяжик, а столб крови становится невидимым (симптом серебряной проволоки). Изменения в сетчатке начинаются с отека вокруг диска зрительного нерва, распространяющегося в дальнейшем вдоль сосудов, появляются кровоизлияния и белые «фокусы». В конечной стадии гипертонической болезни вокруг желтого пятна образуется фигура звезды, наблюдается застойный диск зрительного нерва.

Лечение. Проводится совместно с терапевтом гипотензивными, спазмолитическими, нейролептическими и диуретическими средствами: дибазол (0,02 г), папаверин (0,02 г), эуфиллин (0,15 г) 2—3 раза в день, резерпин по 0,1—0,25 мг 2—3 раза в день, фуросемид по 0,02—0,04 г 1 раз в день и др. Антисклеротическая терапия — метионин по 0,25—0,5 г 2—3 раза в день, полиспонин 0,1 г 2 раза в день, мисклерон по 0,25 г 3 раза в день в течение 30 дней, рутин по 0,02 г 3 раза в день или витамин Р по 0,05 г 3 раза в день.

АСТИГМАТИЗМ см. *Рефракция.*

АТРОФИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА. Развивается вследствие органических заболеваний центральной нервной системы (новообразования, сифилис), травм черепа, хронических интоксикаций (свинцом, хинином, никотином, метиловым и этиловым спиртом), воспаления зрительного нерва, застойного диска зрительного нерва, травм глаза, воспалительных и дистрофических поражений сосудистой и сетчатой оболочек глаза, первичной и вторичной глаукомы.

Симптомы. Понижение остроты зрения, дефекты в поле зрения. Офтальмоскопически виден бледный диск зрительного нерва, границы его либо очень четкие (атрофия вследствие органических поражений нервной системы, хронических интоксикаций), либо сглажены (атрофия после воспаления или застойного диска зрительного нерва); сосуды сетчатки часто сужены. Глаукоматозная атрофия зрительного нерва сопровождается краевой экскавацией диска.

Прогрессирующая атрофия зрительных нервов ведет к полной слепоте, рефлекторной неподвижности зрачков.

Лечение. Устранение причины заболевания способствует улучшению зрения. Общую специфическую терапию проводят в зависимости от характера основного заболевания. Кроме того, систематически вводят витамины

группы B, C, E; глутаминовую кислоту внутрь по 0,5 г 3—4 раза в день, кокарбоксилазу в/м по 25—200 мг в день в течение 15—30 дней, сосудорасширяющие средства: никотиновую кислоту в 1 % растворе по 1 мл (вместе с глюкозой) ежедневно в течение 10—15 дней или внутрь по 0,05 г 3 раза в день после еды, но-шпу по 0,04 г 2—3 раза в день, нигексин по 0,25 г 2—3 раза в день; назначают в/в 10 % раствор йодида натрия по 5—10 мл (на курс 10 вливаний), в/м либо п/к инъекции экстракта алоэ по 1 мл 1 раз в день или ФИБС в той же дозировке, подконъюнктивальные инъекции торфота по 0,1 мл 1 раз в день. Прогноз неблагоприятный.

БЕЛЬМО РОГОВИЦЫ — помутнение, рубцы роговицы после воспалительных, язвенных процессов, травм, ожогов роговицы, трахоматозного паннуса.

Симптомы. Интенсивно белое или сероватое помутнение всей роговицы или части ее. При помутнениях в зрачковой зоне понижается зрение. Изменения носят стойкий характер.

Лечение. В свежих случаях закапывание растворов дионина в постепенно возрастающей концентрации от 2 до 8 %, электрофорез 5—10 % раствора йодида калия (15—20 сеансов), электрофорез лидазы, папаина; в/м инъекции экстракта алоэ по 1 мл 1 раз в день (30 инъекций на курс), в/м инъекции витамина B_1 (по 2 мл 5 % раствора, 30 инъекций). Позднее хирургическое лечение.

БЛЕННОРЕЯ — см. *Конъюнктивит гонококковый.*

БЛЕФАРИТ — воспаление краев век.

Этиология. Общие причины: заболевания желудочно-кишечного тракта, глистные инвазии, болезни зубов, носоглотки; скрофулез, анемия, авитаминоз, экзема и др. Предрасполагающими факторами могут быть некорригированные аномалии рефракции, хронические конъюнктивиты, заболевания слезных протоков, мейбомиевых желез. Внешние факторы: запыленность производственных помещений, постоянный контакт с раздражающими веществами на предприятиях химической, текстильной, бумажной, цементной промышленности и в быту.

Симптомы. Покраснение краев век, зуд, быстрая утомляемость глаз при занятиях. По краям век чешуйки и корочки (простой, или чешуйчатый, блефарит), образование гнойных корочек и язвочек возле ресниц (язвенный блефарит). Ресницы часто склеиваются пучками, легко выпадают, принимают неправильное положение. Нередко наблюдаются утолщение, гипертрофия и выворот век. Течение хроническое и длительное.

Лечение. Устранение антигигиенических условий на производстве и в быту, лечение основного заболевания. Диета, богатая витаминами. Коррекция аномалий рефракции. В начальных стадиях полезен массаж краев век с выдавливанием секрета мейбомиевых желез (15—20 массажей через 1—2 дня) и последующим обезжириванием краев век эфиром, смазыванием их 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого, 10—20 % сульфацил-натриевой мазью, 1 % тетрациклиновой или 1 % левомицетиновой мазью. При язвенном блефарите ежедневно снимают корочки после накладывания мази или рыбьего жира. Поверхность язвочек смазывают 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого, покрывают 20 % сульфацил-натриевой мазью, 1 % тетрациклиновой мазью, 1 % эритромициновой мазью. В упорных случаях рекомендуются аутогемотерапия, переливание крови, физиотерапия.

БЛЕФАРОСПАЗМ — судорожный спазм век.

Этиология. Раздражение чувствительных нервов при заболеваниях конъюнктивы, роговицы (кератит, электрофтальмия, солнечная офтальмия, инородные тела, ожоги роговицы).

Симптомы. Слезотечение, светобоязнь, невозможность открыть глаза.

Лечение. Лечение основного заболевания. При электро- и солнечной офтальмии закапывают 0,25 % раствор дикаина, стерильное вазелиновое масло, 20 % раствор сульфацил-натрия 4—6 раз в день. Удаление инородного тела конъюнктивы или роговицы, закладывание 20 % мази сульфацил-натрия. Для уменьшения болей производится перивазальная новокаиновая блокада (под кожу над наружной височной артерией вводят 3 мл 0,5 % раствора новокаина); больной должен быть срочно направлен к офтальмологу.

БЛИЗОРУКОСТЬ — см. *Рефракция.*

ВЕСЕННИЙ КАТАР — хроническое воспаление конъюнктивы.

Этиология неизвестна. Предполагают, что играют роль эндокринные расстройства, повышенная чувствительность к ультрафиолетовым лучам, аллергические факторы.

Симптомы. Светобоязнь, слезотечение, зуд в глазах, ощущение инородного тела за веками. Конъюнктива век гиперемирована, имеет молочный оттенок, на хрящевой ее части, преимущественно верхнего века, видны крупные уплощенные бледно-розовые сосочковые разрастания, напоминающие по виду «булыжную мостовую». Иногда у лимба появляются серовато-белые стекловидные утолщения. Заболевание повторяется ежегодно с наступлением теплых весенних дней до холодного периода года.

Лечение. Внутрь витамины A, B_2, C, глюконат кальция. Закапывания 0,25 % раствора сульфата цинка с раствором адреналина 0,1 % (1 капля адреналина на 1 мл раствора цинка), 0,5—1 % суспензии гидрокортизона, 3 % раствора димедрола, 0,1 % раствора дексаметазона, 3 % раствора эфедрина 3—4 раза в день. Носить солнцезащитные очки. В тяжелых случаях показана перемена климата.

ВОСПАЛЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА.

Этиология. Острые и хронические инфекции (грипп, ангина, вирус герпеса, сифилис, туберкулез, бруцеллез, рожа и др.), общие заболевания (диабет, нефрит, болезни крови и др.), все воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек, рассеянный склероз, очаговые воспалительные процессы

(синусит, отит), заболевания глазного яблока и орбиты, интоксикации.

Симптомы. Заболевание начинается чаще остро. Понижение зрения, концентрическое сужение поля зрения, иногда болезненность при движении глаз, при давлении на глазное яблоко. Офтальмоскопически определяются гиперемия и отек диска зрительного нерва, стушеванность его границ, расширение вен сетчатки, кровоизлияния на диске и в перипапиллярной зоне, сужение границ поля зрения на красный цвет. Заболевание поражает чаще оба глаза, длится от нескольких недель до нескольких месяцев, может закончиться атрофией зрительного нерва.

Лечение в стационаре. Проводят мероприятия, направленные на ликвидацию основного заболевания. Применяют антибиотики — бензилпенициллина натриевая соль в/м по 200 000—300 000 ЕД 3—4 раза в день, стрептомицина сульфат по 500 000 ЕД 1 раз в день в течение 8—10 дней, гентамицина сульфат в/м 0,4 мг на 1 кг массы 2—3 раза в день (10 дней), оксациллина натриевая соль внутрь по 0,25 г 4 раза в день или в/м, суточная доза 2—4 г, ампициллина натриевая соль по 0,25 г до 6 таблеток в день в течение 3—4 нед. Одновременно с антибиотиками назначают глюкокортикостероиды — дексаметазон внутрь по 0,001 г 2—3 раза в день, преднизолон по 0,005 г 4—6 раз в день в течение первых 5 дней, а затем дозу уменьшают. Кроме того, назначают витамины, особенно группы В, в/в вливания 40 % раствора глюкозы, сосудорасширяющие средства (никотиновая кислота по 0,05 г 3 раза в день и др.); для уменьшения отека внутрь дают 50 % раствор глицерина из расчета 1,5 г на 1 кг массы в течение недели.

ВОСПАЛЕНИЕ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ И ЦИЛИАРНОГО ТЕЛА (ИРИДОЦИКЛИТ).

Этиология. Общие заболевания организма, чаще всего инфекционные, ревматизм, туберкулез, сифилис, вирусные инфекции, бруцеллез, гонорея, очаговые инфекции (болезни зубов, придаточных пазух, миндалин и др.), травмы глаза, диабет, подагра.

Симптомы. Сильные боли в глазу, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, иногда головная боль. Характерна диффузная гиперемия склеры вокруг роговицы с лиловатым оттенком. Изменение цвета и стушеванность рисунка радужки, сужение и деформация зрачка, плохая реакция его на свет. При расширении зрачка атропином в результате спаек радужки с передней поверхностью хрусталика зрачок принимает неправильную звездчатую форму. Влага передней камеры мутнеет, желатиноподобный экссудат в области зрачка. На задней поверхности роговицы появляются серовато-белые округлой формы отложения экссудата (преципитаты). В тяжелых случаях в передней камере виден гнойный экссудат — гипопион, иногда геморрагический экссудат. Острота зрения снижается, внутриглазное давление снижается, но иногда бывает и повышение его. Заболевание часто длительное с рецидивами. Возможны осложнения: вторичная глаукома, катаракта и др.

Лечение. Как можно раньше (после проведения дифференциальной диагностики с острым приступом глаукомы — см. *Глаукома*) следует начинать закапывание 1 % раствора сульфата атропина по 2 капли 4—6 раз в день для расширения зрачка и предупреждения образования спаек радужки с хрусталиком или применять атропин в полимерных пленках. При привыкании к нему и при явлениях непереносимости его следует заменить 0,25 % раствором гидробромида скополамина, либо 1 % раствором кокаина. Если не удается хорошо расширить зрачок, употребляют подконъюнктивальные инъекции 0,1 % раствора адреналина 0,2 мл; на ночь за нижнее веко закладывают 1 % атропиновую или 0,25 % скополаминовую мазь. Показано местное применение глюкокортикостероидов: закапывание или подконъюнктивальные инъекции 0,5 % взвеси кортизона или гидрокортизона, закладывание за веко 1 % мази кортизона, закапывание и ретробульбарное введение 0,1 % раствора дексаметазона. Кроме того, проводят лечение основного заболевания, назначают физиотерапию, пиявки на висок. Применяют ферменты — лидазу, химотрипсин, папаин. Общее лечение: противоаллергическое, противовоспалительное и специфическое.

Прогноз. Болезнь поддается лечению, однако возможны рецидивы и прогрессивное понижение зрения, вторичная глаукома, атрофия глазного яблока.

ВЫВОРОТ ВЕК. Этиология. Чаще встречается рубцовый выворот вследствие рубцового стягивания кожи век после ожогов, ранений, язвенного блефарита и др. Спастический выворот возникает вследствие сокращения мышц века при острых и хронических конъюнктивитах. Паралитический выворот наблюдается только на нижнем веке и является следствием паралича лицевого нерва. Старческий — развивается от возрастной слабости круговой мышцы века и дряблости кожи.

Симптомы. Край века отстает от глазного яблока, в более тяжелых случаях слизистая оболочка вывернута кнаружи, гипертрофируется, глазная щель неполно или совсем не смыкается, вследствие чего страдает роговица. Слезотечение, раздражение и мацерация кожи век.

Лечение хирургическое. При спастическом выворотe — лечение основной болезни.

ГЕМЕРАЛОПИЯ (КУРИНАЯ СЛЕПОТА) — нарушение сумеречного зрения.

Этиология. Недостаток витамина А в пище, эндогенный гиповитаминоз А при заболеваниях печени. Как симптом при некоторых заболеваниях сетчатой оболочки (пигментная дистрофия, хориоидиты, отслойка сетчатой оболочки, глаукома).

Симптомы. Ослабление зрения в сумерках, иногда почти полная его потеря при пониженном освещении, без видимых патологических изменений глаз. Острота зрения при хорошем освещении, как правило, не снижается. При гемералопии на почве пигментной дистрофии сетчатки или хориоидита офтальмоскопически видны характерные изменения на глазном дне.

Лечение. Витаминотерапия (см. *Авитаминоз А*), лечение основного заболевания.

ГЛАУКОМА. Заболевание, характеризующееся повышением внутриглазного давления, нарушением зрительных функций (сужение поля зрения, понижение остроты зрения) и развитием атрофии зрительного нерва. Является одной из главных причин слепоты.

Этиология. Причины окончательно не выяснены. В происхождении глаукомы имеют значение как местные изменения в дренажной системе глаза, в результате которых создаются препятствия для оттока внутриглазной жидкости, так и патологические изменения сосудов глаза при общих сосудистых заболеваниях (атеросклероз сосудов, гипертоническая болезнь, диабет и др.), расстройства эндокринной системы, возрастные изменения организма. Различают первичную глаукому, возникающую как самостоятельное заболевание; вторичную глаукому, являющуюся осложнением или следствием различных заболеваний и повреждений глаз, в результате которых создаются препятствия для правильного движения и оттока внутриглазной жидкости; врожденную глаукому (гидрофтальм), обусловленную внутриутробной патологией фильтрующего аппарата глаза.

Первичная глаукома протекает в двух клинических формах: закрытоугольной и открытоугольной.

Симптомы. *Закрытоугольная глаукома* характеризуется ранним появлением субъективных и объективных признаков. Жалобы на периодические тупые боли в области глазных яблок, висков, возникающие чаще всего при эмоциональном напряжении, переутомлении. Часто больные отмечают ощущения полноты и тяжести в глазу, ощущение инородного тела в глазу, сопровождающееся колющей болью и слезотечением. Зрительные расстройства проявляются в виде приступов затуманивания зрения, которые появляются утром после сна и продолжаются от нескольких минут до получаса. Отмечаются сужение поля зрения, расширение и извитость сосудов вокруг роговицы, мелкая передняя камера, сглаживание рисунка радужки, широкий зрачок; постепенно развиваются атрофия и углубление (экскавация) зрительного нерва, повышение внутриглазного давления.

В зависимости от степени компенсации внутриглазного давления и нарушения зрительных функций различают компенсированную, субкомпенсированную, некомпенсированную и декомпенсированную глаукому.

Декомпенсированная глаукома (острый приступ). Возникновению острого приступа часто предшествуют эмоциональные переживания, нервные потрясения, тяжелая физическая работа, перенесенные заболевания, умственное переутомление, сильное охлаждение или перегревание тела. Возникает чаще ночью или в ранние утренние часы и сопровождается резкими болями в глазу, орбите, голове, тошнотой и рвотой, упадком сил, общей слабостью. Веки отечны, глазная щель сужена, слезотечение, застойная гиперемия всех сосудов глазного яблока и конъюнктивы; роговица тусклая, поверхность ее теряет свою гладкость, эпителий ее приподнят в виде пузырьков, могут быть микротрещины; чувствительность роговицы резко понижается до полной анестезии; передняя камера мелкая, зрачок расширен, не реагирует на свет; внутриглазное давление повышено до 60 мм рт. ст. и выше, глаз «тверд, как камень»; резкое понижение зрения до слепоты. Необходимо острый приступ глаукомы дифференцировать с острым иридоциклитом.

Открытоугольная (простая глаукома) характеризуется отсутствием выраженных субъективных и объективных признаков. Начинается незаметно. Основными симптомами являются повышение внутриглазного давления, развитие атрофии зрительного нерва с экскавацией, сужение поля зрения и снижение остроты зрения.

Абсолютная глаукома — исход всех клинических форм глаукомы, протекающих неблагоприятно и заканчивающихся слепотой. Часто сопровождается сильными болями в глазу (абсолютная болящая глаукома).

Причинами **вторичной глаукомы** могут быть различные заболевания и повреждения глаз: бельма роговицы, спаянные с радужкой, сращение радужки с передней капсулой хрусталика, заращение зрачка, травматическая катаракта, тромбоз центральной вены сетчатки, внутриглазные опухоли, иногда иридоциклиты и дисфункция цилиарных отростков. Клинически заболевание протекает со всеми симптомами и осложнениями, свойственными первичной глаукоме. Большое значение имеет своевременное выявление и лечение основного заболевания.

Лечение. Главная цель лечения глаукомы — предотвратить или остановить падение зрительных функций, что достигается снижением и нормализацией внутриглазного давления. Основой медикаментозного лечения являются миотики — средства, суживающие зрачок и понижающие внутриглазное давление: раствор пилокарпина 1 %, ацеклидина 2 %, эзерина 0,25 %, прозерина 0,5 %, фосфакола 0,02 %, армина 0,01 %, тосмилена 0,25—0,5 % раздельно или в их комбинации. Частота закапываний от 1—2 до 6—8 раз в день в зависимости от тяжести заболевания. При открытоугольной (простой) глаукоме с широким углом передней камеры эффективно закапывание миотиков в сочетании с 1 % раствором адреналина или 6 % раствором эфедрина или 1 % раствором эуспирана или 0,5 % раствором фетанола. При остром приступе закапывают 1 % раствор пилокарпина и 0,25 % раствор эзерина через каждые 15—30 мин, комбинируя с отвлекающей терапией (горячие ножные ванны, пиявки на область виска, солевые слабительные), с приемом диамокса по 0,25 г 4 раза в сутки, нейролептических препаратов (аминазин), болеутоляющих (амидопирин, анальгин). В последние годы при лечении острого приступа применяют средства осмотического действия: мочевину и глицерин внутрь в дозе 1—1,5 г/кг массы. Если энергичная консервативная терапия не снимает острого приступа в течение 24 ч, показана операция.

Всем больным глаукомой проводится общее лечение: антисклеротические средства (метионин, лецитин, витамин Е, препараты, содержащие йод), сосудорасширяющие препараты (диафиллин, дибазол с папаверином, никотиновая кислота, но-шпа), а также средства, улучшающие обменные процессы в сетчатке и зрительном нерве (кокарбоксилаза, АТФ, экстракт алоэ, ФиБС), комплексы витаминов. Необходимо соблюдать правильный режим труда и отдыха, избегать волнений, нервных потрясений, перегревания и охлаждения, запоров, физического и умственного переутомления, курения. Пища должна быть преимущественно молочно-растительной с ограничением приема жидкостей до 4—5 стаканов в сутки. Показано санаторно-курортное лечение в специализированных санаториях (Кисловодск, Пятигорск, Нальчик). За больными глаукомой устанавливается диспансерное наблюдение с привлечением терапевта, невропатолога и эндокринолога. Противопоказано назначение препаратов атропинового ряда.

Если с помощью миотических средств не удается нормализовать внутриглазное давление и сохранить зрительные функции, показано хирургическое лечение.

Профилактика слепоты от глаукомы осуществляется на основе диспансерного метода: активное раннее выявление больных и лиц с подозрением на глаукому при проведении профилактических осмотров как организованных групп населения на промышленных предприятиях, в колхозах и совхозах, так и при обследовании неорганизованного населения городов и сел; проведение комплексного медикаментозного лечения и своевременного хирургического лечения; периодический контроль за эффективностью лечебных мероприятий; создание оптимальных условий труда и быта больным глаукомой; активная санитарно-просветительная работа.

ДАЛЬНОЗОРКОСТЬ — см. *Рефракция.*

ДАКРИОЦИСТИТ — хроническое воспаление слезного мешка.

Этиология. Затруднение проходимости в слезно-носовом канале вследствие воспалительных процессов в нижнем отрезке слезно-носового канала, заболеваний слизистой слезного мешка (трахома, туберкулез), травм слезоотводящих путей, некоторых заболеваний носа.

Симптомы. Постоянное слезотечение, гнойное отделяемое, иногда явления хронического конъюнктивита. При надавливании на область слезного мешка из слезных точек обильное выделение гнойного содержимого. Дакриоцистит может осложняться флегмоной (см.); гнойное отделяемое мешка может легко инфицировать роговицу и вызвать язву роговицы.

Лечение хирургическое. При дакриоцистите новорожденных проводят массаж области слезного мешка в направлении сверху вниз с целью способствовать разрыву тонкой перепонки, закрывающей выход из канала, закапывают в конъюнктивальный мешок 20 % раствор сульфацила натрия. Если восстановить проходимость слезно-носового канала не удается, направляют больного ребенка к окулисту для зондирования слезных путей.

ДИПЛОПИЯ — двоение изображений рассматриваемого предмета.

Этиология. Параличи или парезы глазодвигательных нервов при менингитах, общих инфекциях и интоксикациях, опухолях мозга, травмах основания черепа, сосудистых заболеваниях мозга.

Симптомы. Двоение в глазах, головокружение, затруднение в оценке истинного положения предметов, исчезающее при закрытии одного глаза. Глаз отклонен в сторону парализованной мышцы, движения глазного яблока ограничены.

Лечение. Лечение основного заболевания под наблюдением окулиста.

ЗАВОРОТ ВЕК. Этиология. Рубцовые изменения конъюнктивы век после трахомы, дифтерии, ожогов (рубцовый заворот), спазм круговой мышцы век у пожилых людей с пониженным тургором кожи при хроническом конъюнктивите, блефароспазм при заболеваниях конъюнктивы и роговицы (спастический заворот).

Симптомы. Свободный край века повернут в направлении к глазному яблоку, ресницы трутся о роговую оболочку (трихиаз), вызывая ее повреждение.

Лечение рубцового заворота только хирургическое. При спастическом завороте — лечение основного заболевания, иногда хирургическое.

ЗАСТОЙНЫЙ ДИСК ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА — невоспалительный отек диска зрительного нерва.

Этиология. Заболевания центральной нервной системы, сопровождающиеся повышением внутричерепного давления (опухоли, абсцессы, арахноидиты, менингиты, паразитарные заболевания), гипертоническая болезнь, внутричерепные аневризмы и кровоизлияния, болезни почек и крови, новообразования орбиты.

Симптомы. Головная боль, кратковременные приступы затуманивания зрения. При офтальмоскопии диск зрительного нерва несколько увеличен в размерах, сильно выстоит над уровнем окружающей сетчатки. Цвет его более красный, сосуды при переходе их на сетчатку образуют типичные изгибы, вены резко расширены и извиты. Заболевание развивается постепенно, в неблагоприятных случаях заканчивается атрофией зрительного нерва.

Лечение. При подозрении на застойный диск необходимо срочно направить больного к окулисту и невропатологу. Лечение основного заболевания.

ИРИДОЦИКЛИТ см. *Воспаление радужной оболочки и цилиарного тела.*

КАТАРАКТА. Помутнение хрусталика. Различают катаракты **врожденные** и **приобретенные.**

Катаракты врожденные развиваются в результате внутриутробной патологии и нередко комбинируются с другими пороками развития глаза. Наиболее распространены слоистые (зонулярные) и полярные катаракты.

Симптомы. Более или менее значительное понижение зрения; при большой интенсивности помутнения сохраняется только светоощущение. Поражаются чаще оба глаза. В области зрачка видно частичное или полное помутнение хрусталика. Нередок нистагм.

Катаракты приобретенные, как правило, прогрессирующие, развиваются при общих заболеваниях и интоксикациях, воздействии лучистой энергии, после травм хрусталика, в старческом возрасте. Катаракта может быть осложнением иридоциклита, глаукомы, высокой близорукости.

Старческая катаракта. Этиология окончательно не выяснена. Развивается у людей старше 50 лет.

Симптомы. Постепенное понижение зрения до светоощущения с правильной проекцией света. При *начальной* катаракте в проходящем свете видны помутнения только вблизи экватора в виде радиальных или секторообразных штрихов, широкое основание которых направлено к экватору хрусталика. При *незрелой* катаракте помутнения сливаются друг с другом, постепенно закрывая зрачок, однако передние слои хрусталика еще остаются прозрачными. Когда помутнеют все слои хрусталика, наступает третья стадия — *зрелая* катаракта. Тени от радужки при боковом освещении при этой стадии катаракты не видно. Предметное зрение полностью утрачивается.

Травматическая катаракта развивается после проникающих ранений с повреждением капсулы хрусталика, после тупых травм.

Симптомы. Постепенное понижение зрения в соответствии с прогрессирующим помутнением хрусталика. Нередко протекает на фоне травматического иридоциклита и других последствий травмы.

Катаракта при общих заболеваниях организма — диабете, тетании, тяжелых общих инфекционных болезнях, больших кровопотерях, длительном голодании. Часто поражаются оба глаза. Жалобы на понижение зрения как и при других видах катаракт.

Катаракты токсические наблюдаются при хроническом отравлении промышленными ядами: нафталином, тринитротолуолом, нитрокрасителями и др. К клиническим особенностям относятся изменения на глазном дне в виде белых очагов и отложения кристаллов под задней капсулой хрусталика и в стекловидном теле. Часто сопутствует поражение печени.

Катаракты лучевые. Хрусталик особенно чувствителен к воздействию лучистой энергии. Коротковолновая часть инфракрасных лучей вызывает помутнение хрусталика у рабочих горячих цехов (плавильщиков, сталеваров, кузнецов, стеклодувов и др.) — тепловую катаракту. Развитую тепловую катаракту трудно отличить от старческой катаракты. Ионизирующее излучение (рентгеновские, альфа-, бета- и гамма-лучи, нейтроны) также вызывает помутнение хрусталика. Лучевые катаракты возникают после длительного латентного периода. Процесс помутнения хрусталика может ограничиться незначительными изменениями и дальше не прогрессировать. Иногда они достигают полной зрелости.

Лечение. При зрелой или почти зрелой катаракте показано хирургическое лечение — удаление мутного хрусталика. Основным показанием к операции является не степень ее зрелости, а состояние функции зрения обоих глаз. После операции для коррекции афакии (отсутствие хрусталика) назначают сильные выпуклые линзы (10 дптр и более). При начинающейся катаракте в целях предупреждения ее прогрессирования рекомендуется общая витаминотерапия (витамины B_1, B_2, C, PP, E), закапывание глазных капель (рибофлавин — 0,002 г, аскорбиновая кислота — 0,2 г, дистиллированная вода — 10 мл) по 2—3 капли 2 раза в день. Развитию катаракты в начальной стадии могут препятствовать препараты — вицеин, витайодурол и витафакол.

КЕРАТИТ — воспаление роговицы, сопровождающееся светобоязнью, слезотечением, блефароспазмом, инъекцией сосудов вокруг роговицы, наличием инфильтратов в ней. Почти всегда сопровождается иридоциклитом. Одно из наиболее частых поражений глазного яблока, приводящих к понижению зрения.

Кератит краевой поверхностный развивается как осложнение острого конъюнктивита.

Симптомы. Через несколько дней после развития конъюнктивита по краю роговицы появляются мелкие серые инфильтраты, сливаясь, они образуют полулунные инфильтраты, которые часто изъязвляются. Сосуды вокруг роговицы инъецируются. Инфильтраты часто рассасываются бесследно, язвочки оставляют после себя поверхностные помутнения роговицы.

Лечение. Терапия основного заболевания. Закапывание 20 % раствора сульфацила натрия через каждые 3 ч, закладывание 1 % тетрациклиновой или 1 % эритромициновой мази за веко 3—4 раза в день, на ночь закладывают 1 % дибиомициновую мазь. При наличии перикорнеальной инъекции сосудов и гиперемии радужки закапывают 1 % раствор атропина, 0,25 % раствор скополамина.

Кератит травматический развивается при попадании на роговицу инородного тела или после его удаления.

Симптомы. Светобоязнь, слезотечение. Вокруг инородного тела или на месте удаленного инородного тела образуется сероватожелтый инфильтрат, иногда переходящий в язву роговицы (см.).

Лечение. Удаление инородного тела. Коагуляция инфильтрата, либо туширование его 5 % настойкой йода. Закладывание мазей с антибиотиками (1 % эритромициновой, 1 % тетрациклиновой) 3—4 раза в день.

Кератиты герпетические. Этиология: вирусная инфекция. Герпес роговицы может появляться одновременно с герпесом в области губ и носа, но часто ограничивается только роговицей. Возникает при вирусном гриппе, при катарах верхних дыхательных путей, пневмониях и других инфекционных заболеваниях, переохлаждениях.

Симптомы. Слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, ощущение инородного тела. На поверхности роговицы появляются мелкие прозрачные пузырьки, поднимающие поверхность

эпителия. Пузырьки быстро лопаются, отмечается замедленная эпителизация дефектов роговицы. Иногда поверхностно расположенные в эпителии пузырьки и инфильтраты сливаются, образуя рисунок, сходный с разветвлениями ветвей дерева (древовидный кератит). При присоединении вторичной инфекции развиваются язва роговой оболочки, иридоциклит, появляется гной в передней камере глаза.

Если в слоях роговицы возникает серый инфильтрат в форме диска размером 3—6 мм в диаметре, то такой кератит называют дисковидным. Течение его длительное (несколько месяцев), характерно рецидивирующее течение, в поздних стадиях в него врастают глубокие сосуды, остаются стойкие помутнения в центре, значительно снижая зрение.

Лечение. Из противовирусных средств при поверхностных герпетических кератитах с успехом применяют ежечасные закапывания 0,1 % раствора керецида, дезоксирибонуклеазы, интерфероногенов, пирогенала. Целесообразно комбинирование с субконъюнктивальными инъекциями гамма-глобулина и аутокрови. Показаны перивазальные новокаиновые блокады по ходу поверхностной височной артерии (15—20 блокад). Одновременно применяется общая (витамины B_1, B_2, B_6, B_{12}) и местная (0,01% раствор цитраля, 0,02 % раствор рибофлавина, 0,5 % тиаминовая мазь) витаминотерапия. За веки закладывают 1 % биомициновую, тетрациклиновую или эритромициновую мази, 1 % флореналевую мазь, 0,5 % оксолиновую мазь. При явлениях раздражения радужки закапывают 0,5 % раствор атропина, в/м назначают антибиотики, внутрь — сульфаниламиды. Эффективны диатермокоагуляция инфильтратов, криотерапия. При тяжелом рецидивирующем герпетическом кератите показано хирургическое лечение — послойная кератопластика.

Кератит паренхиматозный. Этиология: врожденный сифилис.

Симптомы. Заболевание начинается обычно в возрасте 6—20 лет. В начальной (первой) стадии (при отсутствии симптомов раздражения глаза) в глубоких слоях роговицы по периферии ее появляются мелкие помутнения, сливающиеся между собой и секторально распространяющиеся к центру. Во второй стадии нарастают боли, усиливаются светобоязнь, перикорнеальная инъекция, помутнения роговицы. Роговица приобретает белый цвет, зрение резко падает. Развивается васкуляризация роговицы. В случаях раннего эффективного лечения возможно просветление роговицы.

Лечение. Общее противосифилитическое под наблюдением венеролога. Закапывание 1 % раствора атропина, 0,5 % гидрокортизоновой суспензии. Длительная рассасывающая терапия 2—3—5 % раствором дионина, электрофорез йодида калия; тканевая терапия. При отсутствии эффекта — пересадка роговицы.

Кератит туберкулезный глубокий. Этиология: туберкулезная инфекция либо параспецифическая реакция сенсибилизированной ткани.

Симптомы. В толще роговицы видны крупные беловато-серые инфильтраты, иногда с желтоватым оттенком. Крупные инфильтраты в отличие от паренхиматозного кератита не сливаются, процесс почти никогда не занимает всю роговицу. Сосуды врастают в более глубокие слои роговицы, более извилисты и даже ветвятся, одновременно можно видеть врастание поверхностных сосудов. Болезнь может ограничиваться одним глазом. Источником развития является склерит или иридоциклит. Могут быть другие признаки туберкулеза.

Лечение комплексное: специфическое — противотуберкулезное под наблюдением фтизиатра, десенсибилизирующее, общеукрепляющее и местное симптоматическое. Закапывают 0,5 % раствор атропина, 0,5 % эмульсию гидрокортизона, вводят под конъюнктиву раствор ПАСК, стрептомицина; после исчезновения инъекции сосудов электрофорез хлорида кальция, лидазы, папаина.

Кератит нейропаралитический. Этиология. Поражение тройничного нерва или волокон симпатического нерва в результате воспалительных процессов, травм, сдавлений и т. п.

Симптомы. На фоне незначительно выраженных явлений раздражения в ткани роговицы появляется серый ограниченный инфильтрат, над ним образуется плоская неглубокая язва, распространяющаяся к периферии. Чувствительность роговицы часто снижена, иногда полностью отсутствует. Нередко анестезия спинки носа, щеки.

Лечение основного заболевания. Курс перивазальных новокаиновых блокад по ходу поверхностной височной артерии. Витамины внутрь и местно. Местно сульфаниламидные препараты и антибиотики в виде капель и мазей.

Кератоконъюнктивит фликтенулезный. Этиология. Чаще туберкулезно-аллергический процесс у детей с бронхоаденитом, другие аллергические реакции.

Симптомы. Светобоязнь, блефароспазм. На конъюнктиве глазного яблока и роговицы вблизи лимба появляются отдельные или множественные воспалительные узелки желтовато-розового цвета с пучком расширенных сосудов (фликтены), которые чаще бесследно рассасываются, но иногда распадаются с образованием язвочки и последующим ее замещением соединительной тканью.

Лечение — общеукрепляющее: свежий воздух, пища, богатая овощами и фруктами, с ограничением углеводов, витамины, рыбий жир; десенсибилизирующее — глюконат кальция по 0,5 г 3 раза в день или 5 % раствор хлорида кальция по одной столовой ложке 3 раза в день, внутрь димедрол, супрастин. Тяжелое и упорное течение требует проведения специфического противотуберкулезного лечения при участии фтизиатра. Местно назначают капли стрептомицина (25 000—50 000 ЕД в 1 мл изотонического раствора хлорида натрия) 2—3 раза в день, 0,5 % эмульсию кортизона 3—4 раза в день. Для предупреждения вторичной инфекции 2—3 раза в день закапывают 20 % раствор сульфацил-натрия, закладывают мази из антибиотиков и сульфаниламидов.

Кератит грибковый. Этиология: плесневые грибы. Наблюдается после длительного лечения антибиотиками.

Симптомы. В анамнезе часто удается отметить массивное лечение пенициллином. Очаг грибковой инфекции занимает центр роговицы, края его резко очерчены, поверхность матовая, сухая. В соскобах видны нити плесневых грибков или друзы актиномицетов.

Лечение. Механическое удаление острой ложечкой с последующим тушированием настойкой йода, диатермокоагуляция.

КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ АДЕНОВИРУСНЫЙ. Этиология. Аденовирус типа 8. Заболевание очень контагиозное, часто дает эпидемические вспышки.

Симптомы. Заболевание начинается остро. Гиперемия и отечность конъюнктивы век и переходных складок, много поверхностных фолликулов. Отделяемое скудное. Иногда образуются пленки на конъюнктиве, исчезающие без следа. При цитологическом исследовании обнаруживают характерные включения в протоплазме эпителия. Через 7—8 дней после начала заболевания в роговице, чаще в центре, появляются подэпителиальные округлые инфильтраты. Заболевание длится от 2 до 7 нед. Прогноз благоприятный.

Лечение. Закапывание 0,05 % раствора дезоксирибонуклеазы 6—8 раз в день до полного исчезновения симптомов, интерфероногена, 0,1 % раствора керецида, закладывание 1 % левомицетиновой мази, 1 % мази флореналя, 0,5 % оксолиновой мази, в/м инъекции гамма-глобулина.

КОНЪЮНКТИВИТ ГОНОКОККОВЫЙ (БЛЕННОРЕЯ). Этиология. Возбудитель — гонококки Нейссера. У новорожденных заражение происходит во время родов от больной матери; у взрослых возбудитель заносится инфицированными предметами или руками от больных гонококковым уретритом.

Симптомы. Как правило, поражаются оба глаза. На 2—3-й день после рождения появляются резкий отек и плотность век, инфильтрация и кровоточивость конъюнктивы. Через 3—4 дня отек век уменьшается, конъюнктива становится шероховатой, в виде валика, окружающего роговицу. Обильное гнойное отделяемое. Возможно образование инфильтрата или язвы роговицы, склонной к прободению, образование бельма с исходом в слепоту. У взрослых течение бленнореи более тяжелое.

Лечение. Частое (не реже 5 раз в сутки) присыпание конъюнктивы порошком сульфацил-натрия или сульфадимезина, закапывание пенициллина (10 000 ЕД на 1 мл раствора) через каждые 1—2 ч. При развитии осложнений со стороны роговицы лечение, как при язве роговицы (см. *Язва роговой оболочки*). Систематическое удаление гноя ватным тампоном, смоченным в слабом растворе перманганата калия. Внутрь сульфаниламидные препараты.

Профилактика. Новорожденному сразу после родов протирают глаза влажным тампоном и впускают в конъюнктивальный мешок по одной капле 2 % раствора нитрата серебра без последующего промывания. В последние годы применяют закапывания 30 % раствора сульфацил-натрия: непосредственно после рождения и через 2 ч по 2 капли. Можно закапывать раствор пенициллина (10 000 ЕД на 1 мл раствора) сразу после рождения и второй раз через 2 ч. Соблюдение правил личной гигиены. При поражении одного глаза на здоровый накладывают герметическую повязку с часовым стеклом.

КОНЪЮНКТИВИТ ВИРУСНЫЙ. Этиология. Аденовирус чаще типа 3 и 7. Ведущее значение имеет поражение верхних дыхательных путей (фаринго-конъюнктивальная лихорадка), увеличение и болезненность предушных лимфатических желез.

Симптомы. Начало заболевания острое с повышения температуры тела до 38—40 °С, появления чувства царапания в глотке, ощущения зуда и засоренности глаз. Гиперемия конъюнктивы, большое количество фолликулов в ней. Увеличение подчелюстных лимфатических желез. Иногда отмечаются точечные инфильтраты в роговице. Формы аденовирусного конъюнктивита — фолликулярный, пленчатый, катаральный.

Лечение. При остром катаре верхних дыхательных путей лечение у терапевта. Местное лечение — см. *Кератоконъюнктивит аденовирусный.*

КОНЪЮНКТИВИТ ДИПЛОБАЦИЛЛЯРНЫЙ. Этиология. Возбудитель — грамположительные диплобациллы Моракса—Аксенфельда.

Симптомы. Сильный зуд, покраснение, мацерация и трещины кожи век у наружного и внутреннего углов глаз. Конъюнктива век, особенно по углам глазной щели, гиперемирована, рыхлая; отделяемое незначительное, тягучее. Иногда появляются инфильтраты в поверхностных слоях роговицы. При плохом лечении заболевание длится годами.

Лечение. Специфическое средство — 0,25 % или 0,5 % раствор сульфата цинка по 2—3 капли 3—4 раза в день; смазывание краев век 3 % мазью окиси цинка. После полного исчезновения симптомов лечение продолжается еще несколько недель.

КОНЪЮНКТИВИТ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ. Аллергическое воспаление конъюнктивы после длительного лечения атропином, эзерином, антибиотиками. Встречается и у медицинских работников, соприкасающихся с антибиотиками.

Симптомы. Зуд, сухость или мацерация кожи век, гиперемия конъюнктивы век и фолликулы в ней.

Лечение. Отмена лекарства, прекращение контакта с препаратом. Внутрь димедрол по 0,02 г 2—3 раза в день, глюконат кальция по 0,5 г 3 раза в день, витамины.

КОНЪЮНКТИВИТ ОСТРЫЙ. Этиология. Возбудитель — палочка Коха—Уикса. Заболевание контагиозно, часто носит эпидемический характер. Распространяется через предметы личного обихода.

Симптомы. Начинается остро, поражается сначала один, но вскоре другой глаз. Склеивание век утром, значительное количество отделяемого. Веки отечны, резкая гиперемия конъюнктивы и значительный отек пере-

ходных складок, кровоизлияния под конъюнктиву. Иногда заболевание осложняется поверхностным кератитом, иритом.

Лечение. Промывание глаз слабым раствором перманганата калия. Закапывание через каждые 2—3 ч растворов антибиотиков (пенициллин 30 000 ЕД в 1 мл изотонического раствора хлорида натрия или 1 % раствор мицерина, 1 % раствор террамицина), сульфаниламидных препаратов (20—30 % раствор сульфацил-натрия); на ночь закладывают 1 % синтомициновую эмульсию или 1 % эритромициновую, тетрациклиновую, 10 % сульфацил-натриевую мази за веки.

КОНЪЮНКТИВИТ ХРОНИЧЕСКИЙ. Этиология. Длительно действующее раздражение глаз пылью, дымом, химическими и другими веществами, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, глистные инвазии, анемии, недостаточное питание, авитаминозы, хронические заболевания носоглотки и придаточных пазух носа, болезни обмена веществ, чрезмерное напряжение аккомодации при некорригированной дальнозоркости, пресбиопии, астигматизме.

Симптомы. Жалобы на тяжесть век, чувство засоренности глаз, резь, слезотечение, быструю утомляемость глаз. Конъюнктива гиперемирована, рыхлая, отделяемое скудное. Блефарит.

Лечение. Устранение вредных факторов и лечение основного заболевания. Закапывание 0,25 % раствора сульфата цинка с 0,1 % раствором адреналина (1 капля на 1 мл раствора), 0,5 % эмульсии гидрокортизона по 2 капли 3—4 раза в день, 20 % раствора сульфацил-натрия.

КОСОГЛАЗИЕ. Постоянное или попеременное отклонение зрительной линии одного или обоих глаз от рассматриваемого объекта.

Содружественное косоглазие — отклонение глаза к носу (сходящееся) или к виску (расходящееся) при полном сохранении глазодвигательных мышц обоих глаз, отсутствии двоения и при равенстве угла отклонения косящего глаза (первичный угол отклонения) углу отклонения здорового глаза (вторичный угол отклонения).

Этиология. Утрата бинокулярного зрения вследствие понижения остроты зрения одного глаза, обусловленной аномалиями рефракции, стойкими помутнениями роговицы; врожденные дефекты бинокулярного зрения.

Лечение. Как можно раннее назначение корригирующих очков, упражнения для повышения остроты косящего глаза, специальные упражнения для восстановления бинокулярного зрения. Часто прибегают к комбинации хирургического и консервативного (ортоптического) лечения.

Профилактика. Возможно раннее выявление у детей (начиная с дошкольного возраста) аномалий рефракции, назначение корригирующих очков и комплексное лечение выявленного косоглазия.

Паралитическое косоглазие — отклонение глаза в результате пареза или паралича одной или нескольких глазодвигательных мышц.

Этиология. Общие инфекции и интоксикации, заболевания центральной нервной системы, травмы.

Симптомы. Больные жалуются на тягостное двоение. Движение глаза в сторону парализованной мышцы ограничено или отсутствует.

Лечение в первую очередь основного заболевания под наблюдением невропатолога; возможно хирургическое лечение.

КРЫЛОВИДНАЯ ПЛЕВА см. *Птеригиум.*

КУРИНАЯ СЛЕПОТА см. *Гемералопия.*

ЛАГОФТАЛЬМ — невозможность смыкания век.

Этиология. Паралич ветвей лицевого нерва, иннервирующих круговую мышцу век, после гриппа, заболеваний центральной нервной системы; при экзофтальме, врожденной короткости век, рубцовом вывороте их.

Симптомы. Глазная щель приоткрыта даже при попытке больного закрыть ее и во время сна. Нижнее веко отстает от глазного яблока, слезотечение. Открытая часть конъюнктивы и роговицы подсыхает, развивается хронический конъюнктивит и кератит.

Лечение основного заболевания. Местно закапывание вазелинового масла, мазей с антибиотиками. Хирургическое лечение.

НЕПРОХОДИМОСТЬ СОСУДОВ СЕТЧАТКИ ОСТРАЯ. Этиология. Спазм центральной артерии сетчатки при гипертонической болезни, эмболия центральной артерии сетчатки при эндокардитах, пороках сердца; тромбоз артерий или вен сетчатки при атеросклерозе и других заболеваниях.

Симптомы. Внезапная слепота на один глаз или резкое снижение остроты зрения. При спазме центральной артерии сетчатки потеря зрения может быть кратковременной. Диагноз устанавливается на основании офтальмоскопического исследования. Прогноз при эмболии центральной артерии сетчатки, как правило, плохой; при спазме и тромбозе зрение может быть восстановлено.

Лечение. Немедленное направление к окулисту. Лечение основного заболевания, сосудорасширяющие средства, антикоагулянты.

НИСТАГМ — быстрые и частые непроизвольные движения глаз в горизонтальном, вертикальном и вращательном направлениях, обусловленные периодическими сокращениями соответствующих глазодвигательных мышц.

Этиология. Патологический нистагм развивается при врожденной или приобретенной в раннем детстве слабости зрения, при заболеваниях центральной нервной системы, среднего уха; у лиц некоторых профессий, например при многолетней работе в шахтах.

Лечение основного заболевания.

ОЖОГИ ГЛАЗ. Различают термические, химические и лучевые ожоги.

Термические ожоги наблюдаются вследствие попадания в глаз кипятка, пара, раскаленного металла и др.

Химические ожоги вызываются действием кислот, щелочей, анилиновым карандашом и др.

Симптомы. Различают 4 степени ожогов. Ожог I степени — гиперемия и припух-

лость кожи век, гиперемия конъюнктивы век, сводов глазного яблока, поверхностные эрозии эпителия роговицы. Ожог II степени — образование пузырей на коже век, отек и поверхностный некроз слизистой оболочки с наличием легко снимаемых беловатых пленок, поверхностные помутнения роговицы, окрашивающиеся флюоресцеином, поражение поверхностных слоев ткани роговицы.

Ожог III степени — некроз эпидермиса и более глубоких слоев кожи век, конъюнктивы и роговицы. Обожженные участки кожи покрыты темно-серым струпом, конъюнктива имеет вид серовато-белого или желтоватого струпа; в роговице — некроз и инфильтрация эпителия и собственной ткани роговицы, которая приобретает вид матового стекла.

Ожог IV степени — глубокий некроз и обугливание всех тканей века, некроз конъюнктивы и склеры; поражаются все слои роговицы, которая приобретает вид фарфорово-белой пластинки. Более тяжело протекают ожоги щелочами, особенно известью. Ожоги глаз могут привести к сращению век между собой и с глазным яблоком, грубым бельмам или гибели глаза, рубцовому вывороту век.

Первая помощь заключается в устранении воздействующего фактора, профилактике инфекции, уменьшении болей и обязательном введении противостолбнячной сыворотки, удалении химических веществ из конъюнктивальной полости влажным тампоном и обильном промывании водой. При ожогах анилиновым карандашом лучше промывать 3 % раствором танина для уменьшения распространения красителя. Рекомендуется промывание конъюнктивальной полости нейтрализующими растворами: при ожогах щелочами — 2 % раствором борной кислоты или 0,1 % раствором уксусной кислоты, при ожогах кислотами — 2 % раствором двууглекислой соды. Введение в конъюнктивальный мешок крови больного, инъекция аутокрови под конъюнктиву. Частое закапывание 20 % раствора сульфацил-натрия, пенициллина, закладывание глазных мазей с антибиотиками или вазелинового масла. Для уменьшения болей — перивазальная новокаиновая блокада по ходу поверхностной височной артерии. Немедленное направление к окулисту.

Ожог ультрафиолетовыми лучами. Этиология. Работа без защитных очков во время электросварки, киносъемки; длительное пребывание при ярком солнечном освещении и снежном покрове.

Симптомы. Через 4—6 ч после облучения появляются резкая светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Гиперемия конъюнктивы, а в тяжелых случаях — изменение роговицы в виде мелких поверхностных пузырьков и помутнений.

Лечение. Закапывание в конъюнктивальный мешок 0,25 % раствора дикаина, вазелинового масла, 20 % раствора сульфацил-натрия. Перивазальная новокаиновая блокада по ходу поверхностной височной артерии.

ОПУХОЛИ ВЕК И ОРБИТЫ. Доброкачественные: ангиома, атерома, остеома орбиты. Злокачественные: рак век, саркома орбиты.

Симптомы. **Рак век** чаще локализуется у внутреннего угла нижнего века. Вначале он имеет вид плотного узелка с избыточным ороговением, затем образуется небольшая, медленно увеличивающаяся язвочка, покрытая легко снимающейся корочкой; позднее возникает кратерообразная язва с плотными краями и бугристым кровоточащим дном. Иногда наблюдается прорастание в глубину орбиты и придаточные пазухи носа.

Саркома орбиты нередко сопровождается более или менее сильными болями, смещением глазного яблока, двоением, быстро прогрессирующим экзофтальмом.

Лечение хирургическое в сочетании с рентгенотерапией.

ОПУХОЛИ СЕТЧАТКИ. Ретинобластома — истинное злокачественное новообразование, возникающее у детей в раннем возрасте (от нескольких месяцев до 2—5 лет).

Симптомы. Поражает чаще один глаз. Болезнь вначале незаметна, а когда новообразование достигает значительных размеров, родители замечают как бы свечение зрачка. Глаз слеп, зрачок расширен, из глубины его виден желтовато-белый рефлекс («амавротический кошачий глаз»). Передняя камера мелкая, повышается внутриглазное давление. При прорастании опухоли в орбиту появляется экзофтальм. Прогноз неблагоприятный.

Лечение. Раннее удаление глаза и содержимого орбиты с последующей рентгенотерапией.

ОПУХОЛИ СОСУДИСТОГО ТРАКТА. Меланобластома — злокачественная пигментная опухоль. Может возникнуть в различных отделах сосудистого тракта.

Симптомы. Меланобластома радужной оболочки имеет вид коричневого, возвышающегося над ней пятна. Растет медленно, иногда отмечаются рецидивирующие кровоизлияния в переднюю камеру, в дальнейшем — вторичная глаукома. Меланобластома цилиарного тела и хориоидеи выявляется при достижении значительных размеров с помощью специальных методов исследования. Опухоли дают метастазы во внутренние органы.

Лечение. Прогноз может быть благоприятным при своевременном применении фотокоагуляции, лазера, иссечении опухоли. При неблагоприятном течении — удаление глаза с последующей рентгенотерапией.

ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ. Этиология. Высокая миопия, травмы, воспалительные процессы, опухоли, дистрофические изменения сетчатки.

Симптомы. Жалобы на появление в поле зрения «завесы», ограничение периферического зрения. Диагноз устанавливается по данным офтальмоскопии.

Лечение хирургическое.

ПАННУС см. *Трахома.*

ПАНОФТАЛЬМИТ — гнойное воспаление всех оболочек и тканей глаза.

Этиология. Инфицирование пневмококками, стафилококками, стрептококками проникающих ран глазного яблока. Реже возникает эндогенным путем при послеродовом, хирургическом сепсисе, тифе, пневмонии и дру-

гих заболеваниях; при острых гнойных воспалениях орбиты и придаточных пазух носа; при операциях, язвах роговицы.

Симптомы. Резко выраженные явления раздражения глаз (светобоязнь, слезотечение, блефароспазм), сильные боли в глазу, резкий отек и гиперемия век, отек слизистой оболочки; роговица отечная, мутная, гной в передней камере и в стекловидном теле. При распространении процесса на орбитальную клетчатку — экзофтальм, нарушение подвижности глаза. Резкое снижение зрительных функций. Общая реакция организма: озноб, повышение температуры, плохое самочувствие, рвота. Прогноз плохой: вторичная глаукома, слепота.

Лечение. Вводят в/м большие дозы антибиотиков (пенициллин, стрептомицин, гентамицин, цефалоридин, цепорин); внутрь сульфадимезин по 0,5 г 4 раза в сутки, сульфапиридазин по 2 г один раз в день, эритромицин по 0,2 г 2—3 раза в сутки для взрослых и детям из расчета 20 мг на 1 кг массы тела в сутки, олеандомицин по 0,25—0,5 г 3—4 раза в сутки для взрослых и 0,02 г в сутки на 1 кг массы тела ребенка до 3 лет; в тяжелых случаях антибиотики (гентамицин, цепорин) вводят внутривенно. Применяют подконъюнктивальные, ретробульбарные инъекции пенициллина. Показана витаминотерапия, аутогемотерапия. Больной должен быть немедленно госпитализирован в глазное отделение.

ПЕРИОСТИТ ОРБИТЫ — воспаление надкостницы стенок орбиты.

Этиология. Туберкулез, сифилис, травмы, воспаление придаточных пазух носа.

Симптомы. Чаще поражаются края орбиты, при туберкулезе — нижненаружный, при сифилисе — верхний. Появляются гиперемия кожи, отек, болезненность при пальпации. При образовании абсцесса — флюктуация, свищ, в глубине которого определяются костные секвестры. Периостит стенок в глубине орбиты сопровождается воспалительным отеком прилежащей клетчатки, болями, экзофтальмом, хемозом (отеком) конъюнктивы, смещением глаза. Иногда общее недомогание, повышение температуры. Рентгенологически определяется изменение костей орбиты.

Лечение. Комплексное лечение основного заболевания (специфическое, общеукрепляющее, по показаниям — хирургическое).

ПИГМЕНТНАЯ ДИСТРОФИЯ СЕТЧАТКИ. Этиология. Окончательно не выяснена. Чаще является врожденным, семейно-наследственным заболеванием.

Симптомы. Начинается в молодом возрасте. Сначала ухудшается сумеречное зрение («куриная слепота»), дневное зрение сохраняется. В дальнейшем возникает прогрессирующее сужение поля зрения до трубочного. Офтальмоскопически обнаруживают пигментные очаги, атрофию зрительного нерва. Прогноз неблагоприятный.

Лечение. Для улучшения обменных процессов в сетчатке и поддержания зрительных функций применяют сосудорасширяющие средства (никотиновая кислота, но-шпа), поливитамины, систематические курсы тканевой терапии (экстракт алоэ, ФиБС и др.).

ПРЕСБИОПИЯ см. *Рефракция.*

ПТЕРИГИУМ (крыловидная плева) — треугольная складка конъюнктивы, нарастающая на роговицу с внутренней, реже с наружной, стороны. Рост медленный. Зрение ухудшается, когда крыловидная плева доходит до области зрачка.

Этиология. Хронические раздражения конъюнктивы ветром, пылью, едкими испарениями и т. д. Ложный птеригиум, нарастающий на роговицу с любой стороны, образуется вследствие спаяния складки конъюнктивы с раневой поверхностью роговицы (язва, ожог).

Лечение хирургическое — удаление пленки с головкой для предотвращения рецидивов.

РЕТИНОПАТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ. Возникает при тяжелом течении сахарного диабета.

Симптомы. В сетчатке появляются точечные кровоизлияния и обширные геморрагии, экссудаты, новообразованные сосуды, аневризмы, кровоизлияния в стекловидное тело, пролиферативный ретинит. Отмечаются другие признаки диабета. Острота зрения зависит от расположения кровоизлияний и экссудатов.

Лечение основного заболевания, витаминотерапия, рутин; липотропная терапия (метионин и липокаин по 2 таблетки 2 раза в день во время еды). Прижигание новообразованных сосудов лазером.

РЕТРОБУЛЬБАРНЫЙ НЕВРИТ — воспаление или дистрофические изменения зрительного нерва позади глазного яблока.

Этиология. Воспалительные процессы за глазным яблоком, множественный склероз, отравление метиловым спиртом, хинином, плазмоцидом, свинцом, этилированным бензином, алкогольно-табачная интоксикация.

Симптомы. Зрение снижается остро или постепенно. При острых отравлениях — слепота, отсутствие реакции зрачков на свет. Часто появляются выпадение поля зрения в центре или концентрическое его сужение, сужение границ на зеленый цвет. Глазное дно обычно нормальное, в далеко зашедших случаях — атрофия зрительных нервов. Прогноз при своевременном и правильном лечении часто благоприятный.

Лечение основного заболевания или отравления. Антибактериальная и глюкокортикостероидная терапия, антибиотики широкого спектра действия: гентамицина сульфат, оксациллина натриевая соль, ампициллин. При заболеваниях придаточных пазух носа назначают высокие тампонады среднего носового хода с 3 % раствором кокаина и 0,1 % раствором адреналина. Витаминотерапия, сосудорасширяющие средства (никотиновая кислота, но-шпа), тканевая терапия. Показана госпитализация.

РЕФРАКЦИЯ. Клиническая рефракция — такое соотношение преломляющей силы оптической системы глаза с длиной оси глаза, при котором параллельные лучи, входящие в глаз, собираются точно на сетчатке (**соразмерная,** или **эмметропическая,** рефракция), впереди нее (**миопическая** рефракция, **близорукость**)

либо позади сетчатки (**гиперметропическая** рефракция, **дальнозоркость**) при покое аккомодации.

Близорукость (миопия). Симптомы. Жалобы на плохое зрение вдаль. При высокой прогрессирующей осложненной близорукости зрение плохо исправляется очками, появляются затруднения при чтении, ощущение летающих мушек перед глазами, иногда внезапное снижение зрения в результате кровоизлияния, отслойки сетчатки.

Лечение. Подбор соответствующих (вогнутых) очковых линз для дали или постоянного ношения, общеукрепляющее лечение (витамины, тканевая терапия, рациональный режим труда и отдыха), лечение осложнений близорукости. В последнее время прибегают к хирургическому лечению.

Дальнозоркость. Симптомы. Жалобы на утомляемость при чтении и занятиях на близком расстоянии, иногда плохое зрение вблизи, головную боль, упорные блефароконъюнктивиты.

Лечение. Назначение корригирующих линз (выпуклых) для постоянного ношения или для работы после проведения атропинизации, особенно в молодом возрасте.

Астигматизм — комбинация в одном глазу однородной рефракции различной силы или различных видов рефракции (близорукость в одном меридиане и дальнозоркость — в другом).

Симптомы. Жалобы на плохое зрение вдаль и вблизи, не корригируемое сферическими стеклами, утомляемость при чтении и работе на близком от глаз расстоянии, упорные блефароконъюнктивиты.

Лечение. Подбор цилиндрических или комбинированных сфероцилиндрических линз для постоянного ношения. Лечение блефароконъюнктивита. В последние годы прибегают к хирургическому лечению — кератомилезу.

Пресбиопия — возрастное ослабление аккомодации, обусловленное склеротическим уплотнением хрусталика.

Симптомы. Ухудшение зрения вблизи при полном сохранении зрения вдаль; распознавание мелких предметов облегчается при отодвигании их от глаз. Утомляемость, головные боли при чтении. При эмметропической рефракции пресбиопия возникает в возрасте 40—45 лет, при дальнозоркости — значительно раньше, при близорукости — позже.

Лечение. Подбор оптических стекол для работы на близком расстоянии с учетом рефракции.

СИМПАТИЧЕСКАЯ ОФТАЛЬМИЯ — тяжелый хронический иридоциклит, возникающий в неповрежденном глазу при вяло текущем травматическом иридоциклите поврежденного глаза (прободные ранения, после внутриглазной операции, прободной язвы роговицы).

Этиология окончательно не выяснена.

Симптомы. Заболевание неповрежденного глаза развивается не раньше 12 дней после ранения, чаще — спустя 3—8 нед. Появляются боль, светобоязнь, слезотечение, гиперемия вокруг роговицы, экссудат в передней камере, сращение радужки с передней поверхностью хрусталика, изменяется цвет радужки, зрачок суживается. Позднее развивается вторичная глаукома, иногда наступает атрофия цилиарного тела, глаз сморщивается. Зрение постепенно падает до слепоты.

Профилактика заключается в своевременном удалении болезненного поврежденного глаза до того, как начинается иридоциклит во втором (здоровом) глазу, поэтому больного необходимо немедленно направить к окулисту.

Лечение см. *Воспаление радужной оболочки и цилиарного тела.* Показаны антибиотики в/м и внутрь, сульфаниламиды, осмотерапия, повторные переливания крови по 150—200 мл, лечение глюкокортикостероидами (преднизолон).

СКЛЕРИТ — воспаление склеры.

Этиология: туберкулез, ревматизм, подагра, реже — сифилис, бруцеллез и другие инфекционные заболевания.

Симптомы. Боль, светобоязнь, ограниченная припухлость и гиперемия с синюшным оттенком участка склеры. Протекает длительно, часто в процесс вовлекается роговица и цилиарное тело.

Лечение в первую очередь основного заболевания. Закапывание 1 % раствора атропина, 0,5 % эмульсии гидрокортизона, 0,1 % раствора дексаметазона. Внутрь димедрол, хлорид кальция, витамины.

СЛЕЗОТЕЧЕНИЕ. Этиология. Болезни слезоотводящих путей, неправильное положение слезных точек, заболевание носа, придаточных пазух, симптом заболеваний оболочек глазного яблока.

Симптомы. Слезотечение сначала только на ветру и холоде, потом постоянное. Раздражение кожи и слизистой оболочки век.

Лечение основного заболевания. Восстановление проходимости слезоотводящих путей (промывание, зондирование, операция). Закапывание 0,25 % раствора сульфата цинка с добавлением 0,1 % раствора адреналина (1 капля адреналина на 10 мл раствора), 20 % раствора сульфацил-натрия.

ТРАВМЫ ГЛАЗ. По происхождению травмы делят на: 1) боевые повреждения военного времени; 2) производственные; 3) бытовые, спортивные. Среди бытовых травм особое место занимает детский травматизм. По этиологическому признаку различают повреждения механические (контузии, ранения), химические, термические, лучевые (см. *Ожоги*).

Тупые травмы (контузии). Повреждения глаза вследствие воздействия на них тупой силы (удар по глазу палкой, камнем, кулаком, веткой, рогом животных, обрабатываемой деталью и т. д.) непосредственно либо через окружающие глаз ткани при воздействии повреждающего предмета на кости черепа, лица, орбиты и даже отдаленные участки тела (сдавление грудной клетки, туловища и пр.).

Симптомы многообразны и определяются тяжестью повреждения. При контузиях глаз наблюдаются кровоизлияния под кожу век и конъюнктиву, надрывы и размозжения век, отек и эрозии роговицы. При большой силе

удара иногда наблюдаются разрыв склеры с выпадением радужной оболочки, цилиарного тела, хрусталика, подвывих и вывих хрусталика, кровоизлияния в переднюю камеру, стекловидное тело. Отек сетчатки и отслойка ее. Тупые травмы нередко ведут к нарушению циркуляции внутриглазной жидкости и глаукоме, а иногда к гипотонии и вяло текущему иридоциклиту. Зрительные расстройства определяются характером и тяжестью повреждения.

Лечение. При нарушениях целости кожи век и конъюнктивы обязательно введение противостолбнячной сыворотки 3000 АЕ по Безредке. Направление к окулисту.

Инородные тела конъюнктивы и роговицы. Этиология. Попадание на конъюнктиву или роговицу мелких кусочков металла, дерева, угля, камня, песчинок и т. д., которые либо только пристают к поверхности конъюнктивы и роговицы, либо внедряются в ткань на различную глубину.

Симптомы. Слезотечение, светобоязнь, боли, «ощущение песчинки в глазу», блефароспазм. Наличие инородного тела в конъюнктиве или роговице. Вокруг инородного тела роговицы часто развивается серый инфильтрат, превращающийся затем в эрозию, а в тяжелых случаях и в язву роговицы. Могут наблюдаться явления ирита и иридоциклита.

Неотложная помощь. Инородные тела конъюнктивы и роговицы удаляют ватным тампоном, смоченным в растворе оксицианида ртути 1:6000, после закапывания 0,5 % раствора дикаина. Инородные тела, внедрившиеся в конъюнктиву или роговицу, удаляют с помощью иглы для удаления инородных тел или желобоватого долота. В глаз закапывают 20 % раствор сульфацил-натрия, закладывают 1 % тетрациклиновую мазь. Подкожно вводят противостолбнячную сыворотку по Безредке. При образовании язвы роговицы необходимо направить пострадавшего к окулисту.

Непроникающие ранения глаза. Этиология. Повреждения острыми режущими или колющими предметами, осколками металла, снарядов, мин и т. д.

Симптомы. Ранение века может быть несквозным (повреждение кожи и мышечного слоя) и сквозным, когда повреждаются все слои века; края раны при этом расходятся вследствие сокращения круговой мышцы глаза. Иногда наблюдается отрыв века у наружного или внутреннего угла глаза. Ранение конъюнктивы глазного яблока сопровождается часто повреждением склеры и роговицы. Возникают резкая боль, слезотечение, светобоязнь, кровоизлияние под конъюнктиву, видимое повреждение роговицы и склеры.

Лечение. Необходимо ввести больному противостолбнячную сыворотку по Безредке (1500 АЕ). Раны века подлежат первичной хирургической обработке и наложению швов. При ранениях конъюнктивы роговицы и склеры пострадавшего направляют к окулисту.

Проникающие ранения глаза. Этиология. Повреждения всей толщины стенки глазного яблока с проникновением внутрь его колющими предметами, осколками металла или дерева, стекла, снаряда и др.

Симптомы. Боль, слезотечение, светобоязнь, понижение зрения. Главным признаком проникающего ранения глаза является гипотония (поврежденный глаз мягче здорового) вследствие вытекания внутриглазной жидкости. При повреждении в переднем отрезке глазного яблока гипотония сочетается с отсутствием передней камеры или уменьшением ее глубины, изменением формы зрачка. При прободном ранении в заднем отрезке гипотония сопровождается увеличением глубины передней камеры. При видимом раневом отверстии в роговице или склере диагноз не вызывает сомнений. Иногда видно инородное тело внутри глаза, травматическая катаракта.

Осложнения: раневая инфекция, гнойный иридоциклит, эндофтальмит, симпатическая офтальмия; неизвлеченные внутриглазные инородные тела, содержащие железо, приводят к пропитыванию тканей глаза его соединениями (сидероз), медные осколки вызывают халькоз.

Первая помощь. Осторожный туалет глаза. При подозрении на проникающее ранение необходимо закапать дезинфицирующие капли (20 % раствор сульфацил-натрия, 0,5 % раствор тетрациклина), наложить на глаза давящую бинокулярную повязку, обязательно ввести противостолбнячную сыворотку по Безредке (1500 АЕ), в/м антибиотик и немедленно доставить пострадавшего в глазное отделение больницы.

Прогноз серьезный.

Профилактика: соблюдение правил техники безопасности, улучшение санитарно-гигиенических условий труда, проведение строгого профотбора, санитарно-просветительная работа среди рабочих и неорганизованных коллективов, родителей, организация отдыха детей во время каникул и т. д.

ТРАВМЫ ОРБИТЫ. Этиология: удар по краям орбиты при взрыве, падении, огнестрельные ранения; непрямые воздействия на глазницу, когда удар приходится на отдаленные от нее места, вызывая трещины и переломы стенок орбиты.

Симптомы. Дефекты и деформации краев орбиты, определяемые осмотром и пальпацией, экзофтальм, а иногда и западение глазного яблока; ограничение подвижности глазного яблока, опущение века, двоение. При повреждениях придаточных пазух носа часто наблюдается подкожная эмфизема. Повреждения верхней стенки орбиты сопровождаются синдромом верхней глазничной щели: полная офтальмоплегия, потеря кожной чувствительности в области иннервации первой ветви тройничного нерва и чувствительности роговицы, экзофтальм. При повреждениях костных стенок канала зрительного нерва может наступить слепота.

Лечение. При ранениях орбиты с нарушением целости кожных покровов или слизистых оболочек обязательно введение противостолбнячной сыворотки по Безредке (1500 АЕ). Профилактически в/м вводят антибиотики, внутрь — сульфаниламиды. Пострадавшего направляют под наблюдение окулиста и хирурга.

ТРАХОМА. Этиология. Возбудитель трахомы — вирус из группы атипичных вирусов пситтакоза — лимфогранулемы — трахомы, чувствительных к сульфаниламидам и некоторым антибиотикам. Заражение происходит в результате переноса заразного отделяемого в глаз руками или через загрязненные отделяемым предметы. Передается при контакте здоровых людей с больными в семье, общежитии.

Симптомы. Заболевание часто начинается незаметно. Поражаются обычно оба глаза. Характерно более выраженное поражение конъюнктивы верхнего века и особенно верхней переходной складки. Первые признаки такие же, как и при других хронических конъюнктивитах: ощущение «засоренности» глаз, утомляемость глаз во второй половине дня. Очень редко трахома начинается остро.

Различают 4 стадии трахомы. I стадия — конъюнктива век и переходных складок гиперемирована, инфильтрирована, в ней появляются небольшие светло-серые просвечивающиеся из глубины образования — фолликулы; в конъюнктиве переходных складок фолликулов больше, они крупнее, выступают над его поверхностью; инфильтрация распространяется на хрящ, он утолщается. Процесс распространяется на конъюнктиву глазного яблока и роговицу, в область верхней полуокружности, где образуются фолликулы в виде сероватых выступающих образований, окруженных сетью сосудов — трахоматозный паннус.

II стадия — наряду с инфильтрацией и фолликулами появляются рубцы — нежные белесоватые полоски между фолликулами.

III стадия — среди рубцово-измененной конъюнктивы видны еще участки гиперемии, инфильтрации и единичные фолликулы.

IV стадия — распространенное рубцевание конъюнктивы без воспалительных явлений.

В исходе тяжелого длительно протекающего процесса остаются помутнения роговицы, снижающие остроту зрения и рубцы в конъюнктиве. Может развиться заворот век, неправильное положение ресниц (трихиаз). Наиболее тяжелое последствие трахомы — высыхание слизистой оболочки и всего глаза — ксероз. Во время течения трахомы могут возникнуть осложнения: гнойный конъюнктивит, дакриоцистит, гнойная язва роговой оболочки.

Профилактика. Активное выявление и учет больных и лиц с рецидивами трахомы, эпидемиологическое обследование и расследование каждого случая трахомы, организация лечения и контроля за излеченными лицами, улучшение санитарно-гигиенических условий труда и быта, соблюдение правил личной гигиены (пользование индивидуальными для каждого члена семьи предметами обихода), широкая санитарно-просветительная работа, повышение уровня культуры населения.

Лечение. Наиболее целесообразно проведение комбинированного лечения сульфаниламидными препаратами и антибиотиками как местно, так и внутрь. В конъюнктивальный мешок при I—II стадиях трахомы закладывают 10 % сульфапиридазиновую, или 5 % этазоловую, или 20 % сульфацил-натриевую мазь в сочетании с мазями из антибиотиков тетрациклинового ряда (1 % тетрациклиновую, 1 % окситетрациклиновую), а также антибиотиков-макролидов (1 % эритромициновую, 1 % олеандомициновую или 1 % олететриновую) ежедневно по 5—6 раз в день. Для лучшего проникновения лекарственных веществ в конъюнктиву мази должны быть приготовлены на основе 2,5 % поливинилового спирта. Внутрь — сульфапиридазин по 1 г 1 раз в день, три курса по 10 дней каждый с перерывами между курсами в 10 дней, этазол по 0,5 г 4 раза в день в течение 2 нед, затем перерыв на 1 нед и еще 2—3 курса. Через 2—3 нед от начала лечения рекомендуется осторожное выдавливание фолликулов, затем снова интенсивное лечение мазями. Рекомендуется производить смену препаратов.

В III и IV стадиях проводят лечение антибиотиками и сульфаниламидами пролонгированного действия: 1 % дибиомициновая, 1 % дитетрациклиновая, 10 % сульфапиридазиновая мази 1 раз в день. В упорных случаях предлагают сочетать химиотерапевтические препараты с закапыванием в конъюнктивальный мешок свежеприготовленного раствора фермента, усиливающего проницаемость тканей — лидазы (из расчета 64 УЕ препарата на 1 мл дистиллированной воды), с последующим массажем век стеклянной палочкой.

После клинического излечения проводят противорецидивное лечение в течение 6 мес: закладывают за веки 1 % дибиомициновую или 1 % дитетрациклиновую мази 1 раз в день. Затем 2—3 года больные должны находиться под наблюдением диспансера.

Больные с тяжелыми формами трахомы, паннусом подлежат лечению в стационаре. Лечение последствий трахомы, как правило, хирургическое.

ФЛЕГМОНА — острое гнойное воспаление клетчатки.

Флегмона век. Этиология. Инфицирование гноеродными бактериями ран века, ячмень, язвенный блефарит, переход гнойного процесса с окружающих тканей, метастатическое занесение возбудителя при общих инфекциях.

Симптомы. Отек века, гиперемия и инфильтрация кожи, резкая болезненность при пальпации. В дальнейшем размягчение, флюктуация в центре инфильтрата, возможно самопроизвольное вскрытие и опорожнение гнойника. Иногда — переход в флегмону орбиты. Общее недомогание, повышение температуры тела.

Лечение. Антибиотики в/м, внутрь — сульфаниламиды. Закапывание в глаз 20 % раствора сульфацил-натрия. Местно УВЧ-терапия. При появлении флюктуации — вскрытие абсцесса.

Флегмона слезного мешка. Острое гнойное воспаление слезного мешка и окружающей его клетчатки.

Этиология. Переход гнойного процесса на клетчатку при хроническом дакриоцистите, инфицированные травмы носа, внутренней стенки орбиты.

Симптомы. В области слезного мешка

кожа отечна, гиперемирована, напряжена; отмечается распространение отека на кожу носа, щеки. Через несколько дней в области слезного мешка наступает размягчение, появляется флюктуация. После самопроизвольного вскрытия воспалительные явления стихают, образуется свищ, через который выделяется слезная жидкость и гной. Возможно распространение процесса на орбитальную клетчатку.

Лечение. В/м инъекции антибиотиков, сульфаниламиды внутрь. Направление к окулисту для хирургического лечения.

Флегмона глазницы. Этиология. Инфицирование гноеродными бактериями орбитальной клетчатки при повреждениях, попадании инородных тел, при переходе воспаления с соседних с глазницей участков, при воспалительных процессах в придаточных пазухах носа, в слезном мешке; в результате метастатического заноса инфекции.

Симптомы. Начало острое. Появляются головная боль, покраснение и припухлость век, повышается температура тела. Постепенно развиваются экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока, резкая болезненность при пальпации глаза, нарастают отек и гиперемия век. При вовлечении в воспалительный процесс зрительного нерва развивается картина неврита (см.). Гнойник может вскрыться через кожу или конъюнктиву. Воспалительный процесс может перейти на мозговые оболочки, венозные синусы и привести к летальному исходу.

Лечение. Немедленное в/м введение антибиотиков, направление в глазное отделение больницы.

ХАЛАЗИОН — градина. Округлое образование в хряще века в результате пролиферативного воспаления мейбомиевой железы.

Симптомы. В толще века определяется ограниченное образование, спаянное с хрящом. Растет медленно, достигая 5—6 мм в диаметре. Конъюнктива над ним гиперемирована. Возможно самостоятельное вскрытие через конъюнктиву. Необходимо дифференцировать с новообразованиями век.

Лечение, как правило, хирургическое.

ЭКЗОФТАЛЬМ — выстояние глазного яблока вперед, иногда со смещением его в ту или иную сторону.

Этиология: базедова болезнь, опухоли орбиты и головного мозга, тромбозы и аневризмы сосудов мозга, воспалительные процессы в орбите и придаточных пазухах носа и др.

Симптомы. Выпячивание глаз прямо вперед или со смещением в сторону, иногда с нарушением подвижности глазного яблока, расширение глазной щели. Признаки основного заболевания.

Лечение основного заболевания.

ЭНДОФТАЛЬМИТ — гнойное воспаление внутренних оболочек глаза с образованием абсцесса в стекловидном теле.

Этиология: инфицированные проникающие ранения глаза, операции на глазном яблоке, осложнение гнойных язв роговицы, метастатическое инфицирование при общих инфекциях.

Симптомы. Боль в глазу, умеренный отек век и конъюнктивы, резкое снижение остроты зрения. За хрусталиком видны желтовато-зеленоватые массы. Внутриглазное давление, как правило, понижено. Возможно осложнение панофтальмитом.

Лечение. Немедленное направление к окулисту. Антибиотики в/м, внутрь — сульфаниламиды.

Прогноз неблагоприятный.

ЯЗВА РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ. Инфицированные поверхностные травмы и инородные тела роговицы, повреждения ее ветками деревьев, остью злаков, щепками и т. д. Источником инфекции часто бывает гнойный дакриоцистит (см.).

Симптомы. Резко выраженные явления раздражения: слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, инъекция сосудов глазного яблока. В роговице определяется дефект с гнойной инфильтрацией ее краев. Часто один край язвы приподнят над поверхностью роговицы, подрыт, разрыхлен и окружен желтой полоской гнойного инфильтрата, постепенно распространяющегося по поверхности и в глубину (ползучая язва роговицы). Гной в передней камере, воспаление радужной оболочки. Возможно прободение язвы, инфекция внутренних отделов (эндофтальмит, панофтальмит). При заживлении оставляет стойкое помутнение — бельмо роговицы.

Лечение. Немедленное направление к окулисту. За веко закладывают мазь с антибиотиком (тетрациклином, олететрином, олеандомицином и др.). Антибиотики в/м, сульфаниламиды внутрь. Перивазальная новокаиновая блокада в области поверхностной височной артерии.

ЯЧМЕНЬ — острое гнойное воспаление волосяного мешочка или сальной железы у корня ресниц.

Этиология: инфицирование волосяного мешочка гноеродными микробами. Часто появляется у людей ослабленных, с пониженной сопротивляемостью организма.

Симптомы. Болезненность, гиперемия и инфильтрация на ограниченном участке кожи века, отек. Через 2—3 дня на верхушке инфильтрата просвечивает гнойное содержимое. Абсцесс самостоятельно вскрывается. Часто бывают рецидивы.

Лечение. В начале заболевания смазывают кожу века 70 % спиртом 2—4 раза в день, применяют сухое тепло, УВЧ-терапию. При развитом ячмене закапывают в конъюнктивальный мешок 20 % раствор сульфацил-натрия. После вскрытия — туалет глаза, мазь с антибиотиком или сульфаниламидным препаратом; при повышении температуры тела — сульфаниламиды внутрь, витамины. При рецидивирующих ячменях — общеукрепляющее лечение, аутогемотерапия. В ряде случаев созревший ячмень вскрывают скальпелем. Выдавливание строго противопоказано из-за опасности развития флегмоны и тромбофлебита орбиты и пещеристого синуса.

Глава 12

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

АБСЦЕСС ОДОНТОГЕННЫЙ — ограниченное гнойное расплавление воспалительного инфильтрата при распространении инфекции от зубов при периодонтите, пародонтозе, затрудненном прорезывании зуба мудрости, остеомиелите челюстей. Абсцесс обычно формируется в подкожном жировом слое, под слизистой оболочкой полости рта, под надкостницей, может локализоваться в толще мягких тканей (языка, в области челюстно-язычного желобка, щеки и т. д.). Не исключена возможность развития абсцесса вследствие гнойного расплавления лимфатического узла.

Клиническая картина зависит от локализации процесса, как правило, наблюдаются общее недомогание, повышение температуры тела, местные боли.

Чаще наблюдается разлитое гнойное воспаление — флегмона, при которой все клинические симптомы выявляются более резко. Тяжесть состояния при флегмонах требует оперативного лечения в условиях стационара.

АБСЦЕСС (ФЛЕГМОНА) ДНА ПОЛОСТИ РТА — распространение инфекции от зубов нижней челюсти при периодонтите, пародонтозе, остеомиелите нижней челюсти.

Симптомы. Инфильтрат в подподбородочной области. Речь затруднена, глотание резко болезненно. Язык отечен, покрыт налетом. Слизистая оболочка дна полости рта отечна. Инфильтрат может распространяться в позадичелюстную, околочелюстную области и на шею. Состояние тяжелое.

Лечение. Срочное направление в стационар для вскрытия гнойника.

АБСЦЕСС КРЫЛОЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА — часто развивается при затрудненном прорезывании нижних зубов мудрости.

Симптомы. Болезненный инфильтрат под углом нижней челюсти, тризм, затрудненное болезненное глотание.

Лечение оперативное.

АБСЦЕСС ПОДНАДКОСТНИЧНЫЙ (ПЕРИОСТИТ ГНОЙНЫЙ) образуется в результате распространения инфекции от верхушек корней зубов при периодонтите через толщу кости. Гной скапливается под надкостницей у основания альвеолярного отростка.

Симптомы. На стороне поражения, обычно в области переходной складки, слизистая оболочка гиперемирована, отечна, болезненна. Температура субфебрильная.

Лечение оперативное.

АБСЦЕСС ПОЗАДИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ — распространение инфекции от верхних зубов мудрости в клетчатку позади бугра верхней челюсти.

Симптомы. Отек и инфильтрация позадичелюстной области. Резкая болезненность при пальпации. Глотание и открывание рта затруднены. Температура тела 38—39 °С, озноб.

Лечение оперативное.

АБСЦЕСС ТВЕРДОГО НЕБА — распространение инфекции от верхних боковых резцов и первых верхних премоляров, иногда от верхушек небных корней моляров.

Симптомы. Ограниченная припухлость, гиперемия слизистой оболочки твердого неба, самопроизвольная боль, температура до 38 °С, резкая болезненность при пальпации.

Лечение — вскрытие абсцесса.

АБСЦЕСС ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА возникает при распространении инфекции от нижних моляров.

Клиническая картина. Затрудненное открывание рта, боли при глотании, сильные боли из-за сдавления язычного нерва. При осмотре — инфильтрат вдоль желобка.

Лечение — вскрытие абсцесса.

АБСЦЕСС ЩЕКИ — распространение гнойного процесса при периостите от верхних или нижних больших и малых коренных зубов в клетчатку щечной области.

Симптомы. Асимметрия лица вследствие инфильтрата щеки, отек нижнего века, глазная щель сужена или закрыта, носогубная складка сглажена, боль, подчелюстной лимфаденит. Слизистая оболочка щеки отечна, на ней отпечатки зубов. Через 3—5 дней наступает размягчение инфильтрата. В гнойный процесс может быть вовлечен жировой комок щеки. Температура повышается до 38—40 °С.

Возможно распространение процесса в подвисочную ямку и подглазничную область.

Лечение. В начальных стадиях — консервативное (полоскания, антибиотики, физиотерапия), при распространении гнойного процесса — оперативное.

АБСЦЕСС И ФЛЕГМОНА ЯЗЫКА развиваются в результате травмы острыми краями

зубов, некачественными протезами, пищей, при язвенном стоматите. Процесс может быть поверхностным и глубоким.

Симптомы. Затрудненные речь, глотание, вязкая слюна, язык отечен, увеличен в размере, обложен; при пальпации — плотный болезненный инфильтрат. Подчелюстной лимфаденит. При глубоком расположении гнойника подвижность языка резко ограничена, он смещен к небу, рот полуоткрыт, температура тела до 40 °С.

Лечение оперативное. В тяжелых случаях (асфиксия) — трахеотомия. Больной должен быть госпитализирован.

АКТИНОМИКОЗ челюстно-лицевой области — наиболее частая локализация этого специфического воспалительного процесса, который вызывается лучистым грибом (актиномицетом). Лучистые грибы обитают у здоровых людей в зубодесневых карманах, кариозных полостях, зубном налете и могут проникать оттуда в окружающие ткани, вызывая специфический воспалительный процесс. Не исключена возможность распространения лучистых грибов лимфатическим и, реже, гематогенным путем.

Симптомы. Появляются очаги воспалительных инфильтратов (гранулем) с нечеткими границами и вялым течением. Болевые ощущения отсутствуют или незначительны. В более поздние сроки, когда кожа спаивается с подлежащими тканями, инфильтрат приобретает «деревянистую» плотность и появляется багрово-синюшная окраска кожи над ним. Затем в центре инфильтрата возникают очаги размягчения — процесс приобретает черты острого гнойного воспаления, появляются свищи с жидким гнойным отделяемым без уменьшения инфильтрата. Для неосложненного актиномикоза характерны безболезненность инфильтратов, отсутствие температуры.

Различают несколько форм актиномикоза: кожную, подкожную, подкожно-мышечную, актиномикоз лимфоузлов, костную.

Необходимо дифференцировать от злокачественного новообразования челюстно-лицевой области, туберкулезного поражения лимфатических узлов. Ценное диагностическое значение имеет серологическая реакция крови, кожная проба с актинолизатом и цитологическое исследование отделяемого, где могут быть обнаружены друзы гриба.

Лечение главным образом специфическое: применение актинолизата по определенной схеме. В случаях присоединения банальной инфекции с явлениями острого гнойного воспаления показано вскрытие гнойников, назначение антибиотиков. В любом случае больной подлежит направлению к хирургу-стоматологу, так как промедление активного лечения может способствовать распространению процесса вплоть до развития менингита.

АЛЬВЕОЛИТ — воспаление лунки в результате инфицирования при удалении зуба, что иногда может быть связано с травматичным проведением операции.

Симптомы. Сильные боли в лунке, повышение температуры тела до 37—38 °С, регионарный лимфаденит. Обычно кровяной сгусток в лунке подвергается распаду, что сопровождается неприятным запахом изо рта. Края слизистой оболочки вокруг лунки отечны, гиперемированы.

Лечение — освобождение лунки от некротических масс, промывание ее антисептическими растворами (фурацилин 1:5000, перекись водорода). Для уменьшения болей в лунку рыхло вводят турунду с анестезином. Для промывания лунки можно использовать протеолитические ферменты (трипсин, хемопсин).

В случае продолжения болей в течение нескольких дней можно предположить развитие ограниченного остеомиелита, больной должен быть направлен к стоматологу.

ВЫВИХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ возникает при чрезмерном открывании рта, ушибах. Чаще бывает передний вывих, когда суставная головка нижней челюсти смещается вперед на суставной бугорок или спереди от него. Вывих может быть односторонним или двусторонним.

Симптомы. При двустороннем вывихе челюсть выдвинута вперед, рот открыт, активные движения челюсти отсутствуют, при попытке пассивных движений ощущается характерное для вывиха пружинящее сопротивление. Жевательные мышцы напряжены, наблюдается слюнотечение, так как глотание затруднено. При одностороннем вывихе подбородок смещен в сторону, противоположную стороне вывиха, в отличие от перелома нижней челюсти, когда смещение подбородка бывает в сторону перелома. Кроме того, при переломе возможны пассивные движения. Диагноз подтверждается рентгенографически. При привычном вывихе капсула сустава и связки значительно растянуты, вследствие чего нередко возникают подвывихи, которые больной, как правило, вправляет самостоятельно.

Лечение. Вывих желательно вправить в первые часы. При вправлении больной должен сидеть на низкой табуретке или стуле, чтобы вправляющий имел возможность действовать при разогнутых в локтевых суставах руках. I пальцы надо обернуть салфеткой или полотенцем. Нижнюю челюсть захватить руками так, чтобы I пальцы были фиксированы на альвеолярном отростке (или зубах) в области моляров, а остальные охватывали челюсть снаружи. Необходимо оказывать медленное давление на челюсть вниз, без рывков, а затем, приподнимая (опрокидывая) подбородочный отдел, направить усилия одновременно кзади. Обычно перемещение суставных головок в суставную ямку сопровождается характерным щелчком или хрустом. После вправления челюсть необходимо фиксировать мягкой пращевидной повязкой, рекомендовать щадящую диету, ограничение открывания рта на 1—2 нед.

При затрудненных вправлениях можно сделать проводниковое обезболивание третьей ветви тройничного нерва, введя 1—2 % раствор новокаина в область полулунной вырезки или инфильтрировать новокаином жевательные мышцы, чтобы достигнуть их расслабления. В некоторых случаях необходимо привлечь анестезиолога для проведения наркоза. При привычном вывихе целесообразно направить больного к врачу-ортодонту для изго-

товления специального протеза, ограничивающего открывание рта, или к хирургу-стоматологу для решения вопроса об операции.

ВОСПАЛЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ см. *Паротит, Сиалоаденит.*

ГАЙМОРИТ ОДОНТОГЕННЫЙ. Развитие гайморита может быть связано с анатомическим взаимоотношением зубов верхней челюсти и гайморовой (верхнечелюстной) пазухи, нижняя стенка которой обращена к альвеолярному отростку и отделена от верхушек корней зубов тонкой костной пластинкой и небольшим слоем губчатого вещества. В зависимости от типа гайморовой пазухи верхушки корней одного или нескольких зубов могут располагаться в непосредственной близости к дну пазухи, так что надкостница корня соприкасается со слизистой оболочкой пазухи. Таким образом создаются условия для распространения инфекции на слизистую оболочку гайморовой пазухи при периодонтите, после удаления зуба с гангренозной пульпой, в результате нагноения корневой кисты верхней челюсти, остеомиелите альвеолярного отростка.

Симптомы. Острый гайморит характеризуется болевыми ощущениями в области щеки, подглазничной области, болями в области коренных зубов при накусывании. Температура тела может повышаться до 38—40 °С, появляется озноб, ухудшается носовое дыхание, снижается обоняние, возникает односторонний насморк со слизисто-гнойными выделениями. Диагностическим признаком гайморита является также увеличение отделяемого из носа при наклоне головы в противоположную больной сторону. Пальпация области гайморовой пазухи и перкуссия соответствующих зубов верхней челюсти выявляют болезненность. Нередко гайморит принимает хроническое течение вследствие того, что после удаления зуба возникает свищ — сообщение гайморовой пазухи с полостью рта.

Лечение. Острые явления воспаления могут быть ликвидированы удалением причинного зуба, что создает условия для оттока гноя через лунку. Лечение должно осуществляться в стоматологическом стационаре. Закрытие свища гайморовой пазухи возможно лишь хирургическим методом.

ГИНГИВИТ — воспаление слизистой оболочки десен, возникающее чаще как результат общего заболевания (желудочно-кишечного тракта, крови, авитаминоза) и антигигиенического содержания полости рта. Массивные отложения зубного камня также могут явиться причиной гингивита.

Симптомы. Острый гингивит характеризуется гиперемией, отечностью слизистой оболочки десен, кровоточивостью при незначительной травме. При хроническом гингивите наблюдается утолщение, разрастание десны, которая как бы наплывает на коронку зуба, иногда закрывая ее более чем наполовину. Остатки пищи, попадая между десной и зубом, разлагаются, обусловливая дурной запах изо рта. Иногда на гипертрофированной слизистой оболочке возникают эрозии.

Лечение — устранение общих причин и местных факторов раздражения (зубной камень, острая пища). Широко используют полоскание полости рта дезинфицирующими растворами (фурацилин, перманганат калия и др.). Лечение проводит врач-стоматолог.

ЗАТРУДНЕННОЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ (ПЕРИКОРОНАРИТ) развивается как следствие инфицирования десневого кармана, нависающего над коронкой обычно не полностью прорезавшегося зуба.

Симптомы. Боль в челюсти, болезненное глотание. Слизистая оболочка отечна, инфильтрирована, обычно покрывает часть бугров зуба в виде «капюшона». Сопутствует подчелюстной лимфаденит. Может наступить осложнение — абсцесс или флегмона окологлоточного пространства, подчелюстной области, остеомиелит.

Лечение направлено на ликвидацию воспалительных явлений (антибиотики, физиотерапия, промывание десневого кармана, отторжение избытка слизистой оболочки тампоном из йодоформной марли). По стихании воспаления «капюшон» слизистой оболочки может быть иссечен для освобождения бугров зуба и ликвидации травмирования слизистой оболочки при жевании. При повторных воспалениях может быть показано удаление зуба.

ЗАПАХ ИЗО РТА чаще является результатом плохого содержания полости рта (разрушенные, непломбированные зубы, заболевание десен — гингивит). Однако в отдельных случаях причиной могут быть заболевания пищевода (дивертикулы), желудка (гастрит), слизистой оболочки носа (озена).

Лечение сводится к устранению указанных факторов.

ЗУБНАЯ БОЛЬ обычно возникает при заболеваниях зуба (кариес, пульпит, периодонтит). При кариесе боль может остро возникнуть от холодной или горячей, сладкой или кислой пищи. По устранении фактора раздражения боль сейчас же исчезает. При *остром пульпите* боль приступообразная, усиливается в ночное время, иррадиирует по ветвям тройничного нерва, вследствие чего больной не всегда может указать на причинный зуб. При *остром периодонтите* боль приступообразная, четко локализованная, резко усиливающаяся при постукивании по больному зубу. Невралгия или неврит ветвей тройничного нерва может симулировать заболевание зубов.

Решение вопроса о заболевании, как и о лечении, принадлежит врачу-стоматологу. Временная помощь при остром пульпите может быть оказана фельдшером (см. *Пульпит*).

ЗУБНОЙ КАМЕНЬ — плотный налет, покрывающий корневую, а иногда прилегающую к десне коронковую часть зуба. Причиной образования чаще является отсутствие надлежащего ухода за зубами, курение. Однако в отдельных случаях особенности организма (в частности, концентрация солей в слюне) играют определенную роль в отложении камня. Зубной камень не только поддерживает антигигиеническое состояние полости рта, но является одной из причин развития пародонтоза, гингивита. Для их предупреждения необхо-

димо обращаться к стоматологу для снятия камня не реже 1—2 раз в год.

КАРИЕС — наиболее распространенное заболевание человека (страдают более 93 % людей), сопровождающееся разрушением твердых тканей зуба. Причины развития кариеса изучены недостаточно. Известны предрасполагающие факторы в виде целого ряда экзо- и эндогенных моментов, на фоне которых развивается этот патологический процесс, начинающийся в эмали. Эмаль состоит из минеральных солей (кальция, фтора, фосфора и др.) и органической основы. Считается, что нарушение органического и минерального соотношения и связи между ними приводят к разрушению эмали. Деструктивный процесс с эмали распространяется на подлежащую ткань зуба — дентин. Разрушение последнего предопределяет образование кариозной полости зуба. В запущенных случаях кариозная полость отделена от пульпы тонким слоем размягченного дентина.

Симптомы. Различают четыре стадии развития кариеса: начальная (появление на поверхности эмали белого, желтовато-серого или коричневого пятна), поверхностная (дефект эмали), средняя (дефект эмали и дентина), глубокий кариес (разрушение эмали и почти всего слоя дентина).

Лечение кариеса эффективнее при начальных стадиях развития и должно проводиться врачом-стоматологом. Большое значение имеет профилактика кариеса, в частности поддержание оптимальной концентрации солей фтора в питьевой воде (норма фтора в воде 1—2 мг/л воды). Важное значение имеет санитарно-просветительная пропаганда гигиенического содержания полости рта, рационального питания, а также разъяснения того, что кариес является часто причиной возникновения патологических процессов в различных органах и системах (заболевания желудка, сердца, почек, глаз и др.).

КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ нередко развиваются бессимптомно, поэтому могут быть находкой при рентгенологическом исследовании и выявляются при каком-либо осложнении (инфицирование кисты, прорастание в гайморову пазуху, патологический перелом нижней челюсти). Существует в основном два вида внутрикостных кист: радикулярные (околоверхушечные) и фолликулярные.

Симптомы. Радикулярные кисты являются результатом хронического гранулематозного периодонтита (см.), когда в гранулеме, заключенной в соединительнотканную капсулу, возникает полость, наполненная жидкостью. Полость увеличивается и может достигать постепенно больших размеров, проникать в гайморову пазуху, полость носа и при локализации в нижней челюсти приводить к ее деформации. Радикулярные кисты склонны к нагнаиванию и развитию острого воспаления по типу абсцесса (см.). При осмотре выявляется причинный зуб — мертвый, нередко леченый, может быть обнаружена деформация челюсти в виде выбухания чаще со стороны преддверия полости рта, иногда на небе, покрытом неизмененной слизистой оболочкой. Нередко можно обнаружить характерный симптом «пергаментного хруста», когда при надавливании на область выбухания определяется податливость истонченного кортикального слоя кости. На рентгенограмме определяется разрежение костной ткани с четкими контурами, которое связано с верхушкой корня зуба.

Фолликулярные кисты развиваются из зубного фолликула, поэтому коронка непрорезавшегося зуба всегда находится в полости кисты. Клиническая картина весьма сходна с таковой при радикулярной кисте.

Лечение — оперативное.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА возникает вследствие разрыва сосудов периодонта. Обычно кровотечение прекращается через 10—20 мин и лунка зуба остается заполненной кровяным сгустком. Однако в ряде случаев кровотечение не останавливается, что может быть связано как с местными причинами, так и с общими заболеваниями, сопровождающимися нарушением свертываемости крови.

Лечение главным образом основано на использовании механических методов остановки кровотечения. Прежде всего необходимо установить место кровотечения. Для этого надо удалить изо рта сгустки крови и тщательно осмотреть кровоточащий участок. Если кровотечение исходит из поврежденной десны, целесообразно наложить кетгутовый шов на слизистую оболочку; если же кровотечение исходит из костной перегородки, то можно осуществить сдавление костной ткани несходящимися щипцами. При кровотечении из лунки применяют обычно тампонаду йодоформной марлей. Тампонировать необходимо так, чтобы давление тампона распространялось и на дно лунки. Для поддержания давления на тампон накладывают марлевый валик, который прижимается смыканием зубов. При стойких кровотечениях могут быть применены гемостатические средства (фибринная пленка, гемостатическая губка, кетгут, коллаген).

При кровотечениях, связанных с общими заболеваниями (гемофилия, лейкоз, геморрагический диатез и др.), необходимо срочно направить больного в стационар, так как длительное кровотечение может угрожать жизни.

ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ встречаются довольно часто. Так, рак кожи более чем в 90 % случаев поражает лицо. Злокачественные опухоли губ, языка, челюстей, слизистой оболочки полости рта составляют 3,5—7 % всех случаев рака.

Симптомы. Поражение *кожи лица* может происходить от безобидного на первый взгляд родимого пятна. Всякое новообразование кожи лица, подвергающееся изменению по форме, величине, цвету, ощущению (боль, зуд), должно быть основанием для обязательного направления пациента к онкологу.

Лечение проводит только квалифицированный специалист.

Опухоли челюстей долгое время не проявляют себя внешне, поэтому жалобы на боли в области костного остова лица, не объяснимые состоянием зубов, должны насторажи-

вать. Возникновение асимметрии лица, вызванной утолщением кости челюсти, зловонные выделения из носа с примесью крови и разрастание слизистой оболочки десны, новообразования или изъязвления на слизистой оболочке губ, полости рта, мягкого и твердого неба, языка являются часто проявлениями опухолевого процесса. Обнаружение увеличенных плотных безболезненных узлов в подчелюстной, подподбородочной областях и на шее должно настораживать в отношении метастазов опухоли.

Раннее выявление злокачественного новообразования нередко служит залогом благоприятного исхода заболевания. Поэтому даже подозрение на наличие опухоли должно явиться твердым основанием для направления пациента к онкологу.

ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТИ ОДОНТОГЕННЫЙ. Симптомы заболевания начинаются остро с сильных болей в челюсти, общего недомогания, озноба, повышения температуры до 39—40 °С. Затем присоединяются отек лица, инфильтрация подчелюстной области, регионарный лимфаденит, ограничение открывания рта (тризм), подвижность и болезненность зубов; переходная складка отечна, гиперемирована. При распространении процесса развивается онемение нижней губы, подбородка (симптом Венсана). Хроническая стадия остеомиелита характеризуется длительным течением, сопровождается периодически открывающимися гнойными свищами на коже или слизистой оболочке полости рта.

Лечение. При остром остеомиелите больного срочно направляют в стационар. В хронической стадии больной должен находиться под наблюдением врача-стоматолога.

ПАРОДОНТОЗ (АЛЬВЕОЛЯРНАЯ ПИОРЕЯ). В основе заболевания лежат нейродистрофические процессы, которые приводят к деструктивным изменениям в связочном аппарате зуба, альвеоле и цементе корня. Процесс чаще сопровождается реактивным воспалением десен (гингивит) с возникновением зубодесневых карманов, гноетечением, расшатыванием зубов, атрофией альвеолярного отростка вследствие резорбции кости. Процесс хронический, развивается медленно.

Симптомы. Различают 3 стадии пародонтоза. В первой стадии беспокоят неприятные ощущения в деснах, жжение, зуд, расстройство чувствительности. Видимых изменений отметить не удается, на рентгенограмме нарушение костной структуры альвеолы отсутствует. Основные симптомы во второй стадии — кровоточивость десен и явления гингивита. Десны разрыхляются, возникают десневые карманы, где могут развиваться абсцессы. Костная ткань межзубных и межкорневых перегородок резорбируется, что четко определяется на рентгенограмме в виде разрежения кортикального слоя кости у вершин перегородок. Деструктивный процесс приводит к подвижности зуба. Появляются болевые ощущения при накусывании. В третьей стадии наблюдается атрофия десен и альвеолярного отростка, которая влечет за собой обнажение шеек зубов и прогрессирующую их подвижность. Функциональная способность зубов резко снижается, а механическая нагрузка при жевании усугубляет течение процесса и способствует большему расшатыванию зубов, увеличению десневых карманов. Возникают периодические обострения, усиливаются боли, развиваются абсцессы. На рентгенограмме видна почти полная атрофия альвеолярного отростка. Исходом заболевания может быть самостоятельное выпадение зубов.

При развитии пародонтоза нередко возникают осложнения в виде ретроградного пульпита, периостита, регионарного лимфаденита. Неполноценная обработка пищи при жевании может обусловить нарушение функции желудочно-кишечного тракта. Хронические воспалительные очаги при пародонтозе иногда поддерживают аллергическое и септическое состояние, что особенно опасно у пациентов с сопутствующими заболеваниями.

Лечение пародонтоза включает мероприятия местного и общего характера. Местное лечение направлено на исключение факторов, способствующих развитию патологического процесса; его проводит врач-стоматолог (снятие зубного камня, промывание десневых карманов растворами антисептиков, массаж десен, физиотерапия, протезирование). Общее лечение предусматривает повышение защитных сил организма (инъекции стекловидного тела, витаминов и т. п.). Учитывая прогрессирующее течение пародонтоза, каждый медицинский работник обязан убедить пациента, страдающего этим заболеванием, начать плановое лечение у стоматолога.

ПАРОТИТ (НЕЭПИДЕМИЧЕСКИЙ) развивается на фоне нарушения слюноотделения нейрогенного характера. Часто бывает у больных с инфекционными заболеваниями, после тяжелых операций, при обезвоживании организма. Может развиться и вследствие проникновения инфекции в слюнную железу при стоматите, инородных телах (слюнных камней) в выводных протоках. Не исключена возможность инфицирования слюнной железы при воспалительных процессах в прилегающих тканях, а также гематогенным и лимфогенным путем.

Симптомы. Быстронарастающая припухлость слюнной железы с одной стороны, стреляющие боли, сухость во рту, кожа над железой натянута, мочка уха оттопырена, может быть снижен слух; температура тела 38—39 °С. При массировании железы из протока выделяется мутная, густая слюна или гной. Может наступить прорыв гноя в наружный слуховой проход, распространение воспалительного процесса в окологлоточное пространство, на шею, средостение.

Паротит может принять хроническое течение с периодическими обострениями. Железа становится плотной, бугристой, функция ее постепенно утрачивается.

Лечение. Сухое тепло, УВЧ-терапия, компрессы, слюногонная диета, туалет полости рта. Антибиотики. Целесообразно применение новокаиновых блокад околоушножевательной области, промывание протока растворами ан-

тисептиков, ферментов. При нагноении — лечение оперативное.

ПЕРЕЛОМЫ ЧЕЛЮСТЕЙ. Различают переломы травматические и патологические (при остеомиелите, обширной кисте, злокачественном новообразовании). Переломы могут быть закрытые и открытые, когда нарушается целостность кожных покровов или слизистой оболочки полости рта. Переломы нижней челюсти чаще бывают открытые, сообщаясь через разрыв слизистой оболочки с полостью рта. Костная ткань челюстей в анатомическом отношении имеет слабые места, чем и объясняется типичность локализации переломов.

Симптомы. Ведущие признаки переломов челюстей — нарушение прикуса, ограничение открывания рта, боли в челюсти, кровотечение изо рта, патологическая подвижность.

Переломы альвеолярного отростка обычно бывают открытыми. Костный фрагмент смещается вместе с зубами в направлении удара, одновременно может быть вывих зубов. Наблюдается разрыв слизистой оболочки, нарушается прикус, выражена патологическая подвижность.

Лечение. Репонирование отломков и фиксация их в правильном положении с помощью проволочной назубной шины. В зависимости от возраста больного при полном вывихе зубы могут быть удалены либо оставлены. При неполном вывихе зуб следует фиксировать к шине лигатурой. Особую осторожность надо проявить при вывихе зубов у детей. Тактику лечения должен диктовать врач-специалист.

Переломы верхней челюсти разделяются на 3 типа. При первом типе линия перелома проходит у основания альвеолярного отростка, вследствие чего последний отделяется от тела челюсти обычно вместе с твердым небом. Перелом, как правило, не сопровождается большим смещением. Наблюдаются нарушение зубных рядов, подвижность отломков. Может быть кровотечение из носа, так как страдает слизистая оболочка дна гайморовой пазухи. Перелом по второму типу характеризуется отрывом верхней челюсти вместе с носовыми костями и частью орбиты от скуловой кости и основания черепа. При этом наблюдаются кровотечение из носа, кровоподтеки нижних век («симптом очков»), обширный отек лица, нарушение прикуса вследствие смещения челюсти вниз. При переломе по третьему типу линия перелома проходит также через переносицу и глазницу, но в отличие от второго типа вместе с челюстью отламывается скуловая кость, поэтому все симптомы выражены более резко. Нередко переломы верхней челюсти сопровождаются сотрясением головного мозга и переломом основания черепа.

Лечение. Временная иммобилизация путем наложения пращевидной повязки или стандартной подбородочной шины и срочное направление больного к хирургу. Транспортировать следует в сопровождении медицинского работника в положении больного лежа.

Переломы нижней челюсти возникают в месте приложения травмирующей силы (прямые) и вследствие перегиба (отраженные). Чаще бывают переломы в области клыков, резцов, углов и шеек, реже — венечного отростка. Бывают одиночные, двойные и множественные переломы. Переломы нижней челюсти отличаются разнообразием смещения отломков, что связано с действием мышечной тяги; при переломе тела челюсти смещение выражено резче при расположении линии перелома ближе к углу, чем к подбородку. Переломы в области зубного ряда, как правило, открытые.

Клиническая картина характеризуется нарушением прикуса, затрудненными глотанием и открыванием рта, кровотечением.

Лечение: остановка кровотечения, временная иммобилизация пращевидной повязкой. При западении языка — предотвращение асфиксии (фиксация языка прошиванием его и укреплением лигатуры к одежде). Временная иммобилизация фрагментов челюсти при небольших смещениях (переломы в области подбородка) может быть достигнута связыванием между собой зубов, расположенных по сторонам от линии перелома, тонкой (0,5 см) проволокой, лучше из латуни. При смещениях фрагментов нижняя челюсть может быть фиксирована к верхней путем связывания зубов нижней челюсти с зубами верхней челюсти по Айви (межчелюстное связывание). Для дальнейшего лечения больного в ближайшие сутки направляют в стоматологический стационар, где ему накладывают назубные шины из алюминиевой проволоки или пластмассы. При отсутствии зубов применяют оперативную фиксацию отломков (костный шов, внутрикостный стержень и пр.).

ПЕРИОДОНТИТ — воспаление надкостницы зуба. Этиология. Чаще развивается вследствие распространения инфекционного процесса из кариозной полости (периодонтит инфекционный) или из зубодесневого кармана (периодонтит маргинальный). Кроме того, периодонтит может быть следствием острой травмы зуба (удар) или постоянного травмирования его при патологическом прикусе (периодонтит травматический). Иногда периодонтит развивается из-за попадания в периодонт какого-либо лекарственного препарата, применяемого при лечении зуба (мышьяк, формалин).

Симптомы. Инфекционный периодонтит, являясь обычно осложнением кариеса зуба, протекает как острое воспалительное заболевание. Серозный экссудат, скапливаясь вокруг верхушки корня зуба, приводит к тому, что зуб несколько выдвигается из лунки и становится болезненным при накусывании. Особенно резкая болезненность возникает при гнойной экссудации. Перкуссия зуба дает характерный симптом усиления болей. Постоянные пульсирующие боли нередко усиливаются при прикосновении к зубу даже языком. Зуб приобретает подвижность, десна вокруг него отечна и гиперемирована, регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. При отсутствии оттока экссудата через корневой канал в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие ткани вплоть до развития флегмоны, остеомиелита челюсти.

Лечение. При остром периодонтите —

создание условий для оттока экссудата через корневой канал с последующим применением антисептических средств и пломбирования. Если лечение у специалиста обеспечить невозможно, необходимо принять меры, предотвращающие развитие серьезных осложнений (удаление зуба). В начальных стадиях периодонтита можно использовать симптоматическое лечение (антибиотики, анальгетики, физиотерапия).

Хронический периодонтит развивается в результате продуктивного воспаления (как следствие острого периодонтита). Различают гранулирующую, гранулематозную и фиброзную формы. Хронический периодонтит протекает обычно бессимптомно, однако при гранулирующей форме нередко бывают обострения болей с характерными признаками острого воспаления периодонта. Эта форма дает осложнения в виде свищей десны, твердого неба, подбородка, кожи (локализация свища зависит от причинного зуба и расположения его корней). Иногда скопление грануляций под кожей (подкожная мигрирующая гранулема) определяется как ограниченное выбухание с цианотичной истонченной кожей, напоминающее новообразование. На рентгенограмме хронический гранулирующий периодонтит выявляется в виде разрежения костной ткани у верхушки зуба без четких границ, в отличие от рентгенологической картины при гранулематозном периодонтите, когда виден дефект кости у верхушки корня округлой формы с четкими контурами, так как скопление грануляционной ткани ограничено соединительнотканной капсулой. Бессимптомное длительное течение этой формы периодонтита может привести к развитию околокорневой кисты. Фиброзная форма хронического периодонтита характеризуется развитием в периодонте соединительной ткани. Течение также бессимптомно. На рентгенограмме периодонтальная щель расширена. Хронический периодонтит может поддерживать интоксикацию организма и быть причиной аллергических реакций.

Л е ч е н и е. Хронические формы периодонтита подлежат лечению у врача-стоматолога; могут быть использованы консервативные и хирургические методы. При невозможности специального лечения и у больных с отягощенным анамнезом, когда особенно опасно наличие хронических очагов инфекции и аллергизации, зуб необходимо удалить.

ПЕРФОРАЦИЯ ДНА ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ возникает при удалении больших или малых коренных зубов как осложнение, связанное с анатомическими особенностями или с околоверхушечными процессами (периодонтит, киста). Иногда перфорация может сопровождаться внедрением корня зуба в гайморову пазуху.

С и м п т о м ы. При перфорации больной отмечает попадание воздуха через лунку зуба в полость рта или попадание жидкости в полость носа изо рта. Перфорация гайморовой пазухи нередко приводит к развитию одонтогенного гайморита (см.), причем обычно в связи с оттоком через лунку; острых воспалительных явлений может не быть.

Л е ч е н и е осуществляет врач-стоматолог. Иногда перфорационное отверстие может закрыться самостоятельно, чаще же необходимо оперативное лечение, особенно при наличии инородного тела в гайморовой пазухе (протолкнутый корень зуба).

ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБОВ. *Молочные зубы* начинают прорезываться в 6—8 мес, сначала нижние центральные резцы, к 9-му месяцу — верхние центральные и нижние боковые резцы, в 8—10 мес — верхние боковые резцы. В возрасте 12—16 мес прорезываются первые нижние моляры, к 21-му месяцу — первые верхние моляры, а к 30-му — вторые нижние моляры и верхние молочные моляры. Молочный прикус состоит из 20 зубов.

Постоянные зубы прорезываются с 6 лет. Первым — нижний моляр, в 7—8 лет — первый резец, в 9—10 лет — второй резец и первый премоляр, к 11 годам — второй премоляр, к 12 — второй моляр, в 10—13 лет прорезывается клык. Третий моляр (зуб мудрости) прорезывается к 16—24 годам. Нередко прорезывание зубов мудрости на нижней челюсти сопровождается осложнением (см. Затрудненное прорезывание зуба мудрости). Постоянный прикус состоит из 32 зубов.

Задержка прорезывания зубов в указанные сроки, особенно при формировании молочного прикуса, может явиться, с одной стороны, результатом местных причин (неправильное положение зуба или соседних в кости), с другой — как следствие общего заболевания (рахит, туберкулез, эндокринные расстройства). Поэтому задержка прорезывания на 1—2 мес является показанием для обращения сначала к стоматологу, а затем при необходимости к терапевту, педиатру.

ПУЛЬПИТ — воспаление зубной мякоти, пульпы зуба. Как правило, является осложнением кариеса. В редких случаях пульпит может быть результатом гематогенного заноса бактерий (при общем заболевании) или проникновения их через корневое отверстие и корневой канал корня зуба. Еще реже причиной пульпита может быть механическое или медикаментозное воздействие на пульпу при лечении глубокого кариеса.

С и м п т о м ы. Острая приступообразная боль; с развитием процесса промежутки между приступами боли уменьшаются. При остром пульпите боль носит разлитой, нелокализованный характер и усиливается в ночное время. Нередко боль иррадиирует по ходу ветвей тройничного нерва. С переходом серозной формы пульпита в гнойную боль усиливается, приобретая пульсирующий характер. Интенсивность боли бывает настолько значительной, что больные теряют трудоспособность, особенно при профессиях, которые требуют особого внимания (водители, машинисты и т. д.). Распознавание острого пульпита облегчается при наличии в зубе глубокой кариозной полости. При ретроградном пульпите, когда полости нет, диагностика затруднена и требует особых приемов, которыми владеют врачи-стоматологи.

Боли при пульпите могут напоминать приступы невралгии тройничного нерва. В отличие

от острого пульпита боли при невралгии чаще возникают при разговоре, еде, прикосновении к коже лица, слизистой оболочке полости рта; ночью обычно болей не бывает, приступы более кратковременные и сопровождаются вегетативными реакциями: покраснением кожи лица, слюнотечением и т. д.

Лечение пульпита проводится врачом-стоматологом и сводится в начальной стадии к снятию воспаления пульпы и пломбированию зуба. На более поздних этапах развития пульпита после специального воздействия на пульпу ее удаляют, каналы корня зуба, полости пульпы и кариозную полость после механической и антисептической обработки заполняют пломбировочным материалом. Учитывая возможность острых болей при пульпите, в определенных ситуациях (при отсутствии врача-стоматолога) необходимо оказать срочную помощь таким пациентам. Анальгин, амидопирин и их комбинации редко оказывают эффект. Доступный и простой метод оказания помощи в таких случаях заключается в следующем: кариозную полость причинного зуба по возможности освобождают от остатков пищи. На дно ее помещают маленький ватный шарик, смоченный в растворе, состоящем из капли карболовой кислоты (1:1000) и растворенных в ней 1—2 кристаллов дикаина, новокаина или совкаина. Тампон следует отжать для удаления избытка раствора. Поверх тампона вводят ватный шарик, смоченный в коллодии. Обычно боль исчезает через 20—30 мин и не возобновляется несколько часов. В течение этого времени больной должен явиться для лечения к врачу-стоматологу.

СИАЛОАДЕНИТ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ чаще развивается при образовании слюнных камней в выводном протоке.

Клиническая картина. Острые боли при глотании, усиливающиеся при приеме пищи; появляется ограниченная припухлость в подчелюстной области, где пальпируется округлой формы инфильтрат, резко болезненный. Может быть гиперемия и отек дна полости рта.

Лечение в начальной стадии, как и при остром паротите. При наличии слюнных камней нередко бывают обострения. Показано хирургическое лечение — удаление камней, а иногда удаление подчелюстной слюнной железы. При остром сиалоадените возможно развитие гнойного воспаления железы или области выводного протока, при этом лечение только хирургическое (см. *Абсцесс, Флегмона*). Острый сиалоаденит необходимо дифференцировать от подчелюстного лимфаденита, который развивается, как правило, как осложнение заболеваний зубов, миндалин.

СТОМАТИТЫ — воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта различной этиологии, нередко — проявления общих заболеваний (желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, крови, инфекционных, аллергических), однако стоматит может развиваться и под влиянием местных воздействий (травма, ожоги).

Стоматиты проявляются в виде катаральных, афтозных, язвенных, некротических поражений слизистой оболочки, иногда с выраженным общим тяжелым состоянием и токсическими проявлениями, зависящими, как правило, от основного заболевания. Клиническое течение стоматита может быть острым и хроническим (рецидивирующим).

Острый афтозный стоматит встречается наиболее часто как проявление вирусной инфекции в полости рта и поэтому называется острым герпетическим гингивостоматитом.

Симптомы. Заболевание начинается остро с недомогания, повышения температуры до 38—39°С, боли в полости рта при еде, разговоре. На слизистой оболочке неба, языка, переходной складке губ, возникают сначала мелкие пузырьки (везикулы), которые, лопаясь, образуют эрозии, афты (язвочки, покрытые сероватым налетом). Слизистая оболочка десен отечна, гиперемирована (катаральный гингивит), язык обложен. Сильная боль при приеме пищи. Заболевание продолжается 1—2 нед, заканчивается рубцеванием язвочек. Нередко герпетический стоматит осложняется присоединением вторичной инфекции (фузоспириллез), что приводит к язвенному гингивостоматиту, чему способствует инфицирование от кариозных полостей, зубного камня.

Лечение. При герпетическом гингивостоматите (остром афтозном стоматите) — применение десенсибилизирующих средств (салицилат натрия — по 0,5 г 3—4 раза в день, 10 % раствор хлорида кальция — по 1 столовой ложке 3 раза в день, димедрол, супрастин).

В плане гигиенических мероприятий используют полоскание (у детей промывание из груши) полости рта растворами антисептических средств (хлорамин, перманганат калия и др.). С целью обезболивания назначают 1 % растворы новокаина, тримекаина, которыми обрабатывают слизистую оболочку полости рта с помощью аппликаций или удержанием на 2—3 мин раствора в полости рта. Хороший лечебный и обезболивающий эффект дает орошение слизистой оболочки полости рта прополисом. С успехом в последние годы используют интерферон как противовирусное средство в виде местной аппликации (4—6 раз в день). Также хорошие результаты дает облучение гелий-неоновым лазером.

Хроническая форма. Нередко герпетический стоматит приобретает хроническую форму. Рецидивы заболевания протекают значительно легче, чем острая форма, и возникают в связи с различными патологическими состояниями организма (инфекция, сенсибилизация, заболевание крови и пр.). Определенное значение имеет состояние полости рта (больные зубы, травма слизистой оболочки, сухость во рту и т. д.).

Симптомы. Заболевание начинается с неприятных ощущений, чувства напряжения слизистой оболочки полости рта в том месте, где в дальнейшем появляется пузырек, заполненный прозрачной жидкостью. Через несколько минут или часов пузырьки вскрываются, образовавшиеся эрозии (афты) покрываются бело-желтым налетом. Афты могут причинять болевые ощущения, особенно при приеме пищи. Заживление происходит через 7—10 дней без образования рубцов.

Особого внимания заслуживают патологические проявления на слизистой оболочке полости рта при системных заболеваниях (эндокринных, крови, сердечно-сосудистой системы, болезнях соединительной ткани). При этих заболеваниях нередко наблюдаются стойкие поражения слизистой оболочки в виде язвенно-некротических процессов, которые не поддаются лечению «местными» средствами, так как полностью зависят от тяжести основного заболевания. Таких больных следует как можно раньше направлять к терапевту. Важное диагностическое значение для раннего выявления гематологических заболеваний имеет исследование крови (общий анализ). Следует всегда учитывать, что патологические изменения на слизистой оболочке полости рта могут явиться первыми признаками тяжелого общего заболевания, требующего срочного вмешательства специалистов, поэтому больных стоматитом обязательно показывают стоматологу.

Лечение. Обычные гигиенические мероприятия, устранение травмы слизистой оболочки, десенсибилизирующая терапия. При отсутствии эффекта следует думать об общем заболевании. В таких случаях больные подлежат срочному обследованию терапевтом.

СУХОСТЬ ВО РТУ обычно служит проявлением недостаточной продукции слюны соответствующими железами.

Этиология: заболевание больших слюнных желез, сгущение слюны в результате нарушения нервной регуляции функции слюнных желез, заболевания слизистой оболочки полости рта, закупорка слюновыводящих протоков, обезвоживание организма при лихорадочном состоянии, сахарный диабет, желудочно-кишечные заболевания, прием препаратов белладонны. Выяснение причины страдания — иногда задача врачей нескольких специальностей. В отдельных случаях назначение молочно-растительной диеты ликвидирует неприятное ощущение сухости во рту. В случаях выявления общего заболевания необходимо соответствующее лечение.

ФЛЕГМОНА ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ чаще возникает вследствие затрудненного прорезывания нижнего зуба мудрости, а также как осложнение периостита, остеомиелита, лимфаденита.

Симптомы. Инфильтрат в подчелюстной области, отек, затрудненное ограниченное открывание рта; кожа в области инфильтрата гиперемирована, лоснится, не собирается в складку. Инфильтрат может распространяться на шею и подбородочную область. Явления воспаления очень быстро нарастают, температура 38—40°С.

Лечение хирургическое: вскрытие флегмоны разрезом длиной 5—6 см, который начинают отступя 1,5—2 см вниз от угла нижней челюсти параллельно нижнему краю нижней челюсти. Гнойную полость дренируют резиновой трубкой или марлевым тампоном. Операцию производят в условиях стационара.

Флегмоны челюстно-лицевой области представляют серьезную опасность вследствие тенденции к распространению по подкожному жировому слою и венам лица. В этом отношении чрезвычайно грозным осложнением флегмоны является тромбофлебит лицевых вен с возможностью распространения процесса в череп и по фасциальным пространствам шеи в средостение, с развитием медиастинита. Больные с таким осложнением нередко умирают, поэтому очень важно своевременное активное лечение при ограниченных воспалительных процессах.

Глава 13

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ

АКНЕ (УГРЕВАЯ СЫПЬ). Хроническое заболевание кожи, встречающееся у лиц обоего пола, особенно в период наступления половой зрелости. Обычно процесс развивается на фоне себореи, чаще жирной. Способствуют заболеванию нервное переутомление, желудочно-кишечные расстройства (запоры), гиповитаминозы, эндокринопатии, а также несоблюдение гигиены кожи. В основе формирования угрей лежит закупорка устьев сальных желез. Последующий застой кожного сала в протоке содействует активации находящихся здесь гноеродных микробов, развитию воспаления и пустулизации. Процесс обычно локализуется на лице (лоб, крылья носа, подбородок, щеки), а также на затылке, спине, груди; определяются остро и подостро текущие воспалительные высыпания преимущественно узелкового и гнойничкового характера.

Симптомы. Различают несколько разновидностей акне.

Белые угри («просянка») — белесоватого цвета, мелкие, величиной с булавочную головку узелки, располагающиеся на коже, главным образом в области скуловых костей и реже крыльев носа. При выдавливании содержимое их появляется на поверхности кожи в виде извилистого белесовато-сероватого «червячка».

Черные угри — аналогичные белым угрям высыпания, отличающиеся наличием черных пробок на вершине выдавленного «червячка».

Обыкновенные, или юношеские, угри — воспалительные образования узелкового характера в области сально-волосяных фолликулов кожи лица, межлопаточной области, груди, шеи. В зависимости от выраженности клинической картины различают более упорные формы обыкновенных акне: гнойные, шаровидные и сливные.

Лечение. Сочетание средств общего и местного воздействия на организм. Показаны аутогемотерапия, антибиотики, особенно широкого спектра действия, иммунопрепараты (стафилококковый антифагин, анатоксин и др.), сера очищенная внутрь по 0,5 г 3 раза в день (2—3 месячных курса с 10-дневным перерывом между ними), витамин А по 20—25 капель 3 раза в день в течение 20—25 дней, затем после 2-недельного перерыва второй курс; всего 3—4 курса. Инъекции аевита по 1 мл в/м ежедневно в течение 20—25 дней, витамин B_6 в обычных дозах. После консультации эндокринолога — диэтилстильбэстрол. Назначают УФО (эритемные дозы) пораженных очагов через каждые 3—4 дня (2—3 сеанса).

Наружное лечение заключается прежде всего в устранении гиперфункции сальных желез, т. е. лечении жирной себореи. Очень важен постоянный тщательный уход за кожей: утром — умывание лица холодной водой с мылом, затем в течение дня 1—2 раза в день протирание лица лосьоном «Утро», 1 % спиртовым раствором салициловой кислоты, 0,25 % нашатырным спиртом, календулой (2 столовые ложки на полстакана воды). Показаны также маски из бодяги, антисептические мази (особенно после косметической чистки лица) или в крайнем случае после предварительной обработки жидкостью Кастеллани, сульсеновым мылом. По показаниям — диатермокоагуляция, массаж кожи лица по Поспелову. Большое значение имеет ограничение в пищевом рационе острых, пряных, жирных блюд, сладостей, мучных продуктов. Тучным показаны разгрузочные дни (например, фруктовые), сбалансированный рацион питания. Санаторно-курортное лечение: Сочи — Мацеста (сульфидные ванны), Южный берег Крыма и др.

АКТИНОМИКОЗ. Одна из наиболее часто встречающихся разновидностей глубокого микоза (возбудители — различные лучистые грибы). Наиболее вероятный путь заболевания — эндогенный, когда обитающие в полости рта актиномицеты — сапрофиты приобретают паразитические свойства. Чаще всего наблюдается так называемый шейно-челюстно-лицевой актиномикоз, реже легочный и кишечный.

Симптомы. В типичных случаях актиномикоз характеризуется развитием воспалительных инфильтратов деревянистой плотности, синюшно-красного цвета в области нижней челюсти с переходом на шею и щеку. В дальнейшем отмечаются размягчение, флюктуация, а затем развитие долго не заживающих свищей. Процесс носит хронический характер.

Лечение. Актинолизат (по 3 мл в/м через каждые 3 дня; всего 20—25 инъекций) в сочетании с антибиотиками, в том числе местно. По показаниям — рентгенотерапия, хирургические методы лечения. Общеукрепляющие средства, поливитамины.

АЛЛЕРГОЗЫ. Различные по клинической картине аллергические поражения кожи, развивающиеся в результате идиосинкразии (врожденная повышенная чувствительность) или сенсибилизации организма к аллергенам (медикаменты, пищевые продукты, растения и др.). Чаще всего симптомокомплекс аллергозов укладывается в рамки дерматита, крапивницы, экземы (см.).

Лечение. Устранение контакта с вероятным аллергеном, применение десенсибилизирующих, антигистаминных и детоксицирующих средств (диазолин, димедрол, дипразин — пипольфен, хлорид кальция в обычных дозах). Рекомендуется очищение кишечника (клизма, слабительные) с последующим назначением диеты, исключающей острые, соленые блюда, копчености, консервы; до снятия островоспалительных явлений рекомендуется молочно-растительная диета. Местно — холодные примочки, охлаждающие смеси, глюкокортикостероидные мази, кремы.

АНГИОМЫ. Доброкачественные новообразования кровеносных сосудов. Могут формироваться как во внутриутробном периоде, так и после рождения.

Симптомы. Клинически наиболее часто встречаются старческая, звездчатая, плоская, узловатая, кавернозная ангиомы, реже — другие формы. *Старческие ангиомы* развиваются чаще у лиц старше 45—50 лет на туловище, имеют вид невоспалительных образований розовато-красного цвета величиной с булавочную головку или несколько больше. *Звездчатая ангиома* встречается в любом возрасте, в том числе у детей, имеет вид единичной старческой ангиомы, но с лучеобразно отходящими от нее мелкими, несколько извитыми, древовидно ветвящимися кровеносными сосудиками. Обычно наблюдается на лице. *Плоская ангиома* — ограниченное, несколько возвышающееся сосудистое пятно розовато-синюшного цвета, часто врожденное. *Узловатая ангиома* четко выступает в виде дольчатых узлов; они несколько набухают при крике ребенка, волнениях. *Кавернозная ангиома* выглядит как четко выступающее над уровнем кожи эластичное более крупное сосудистое образование фиолетового цвета; обычно при прикладывании к ним ладони четко определяется пульсация.

Лечение. В зависимости от локализации и клинической формы — электрокоагуляция, прижигание снегом угольной кислоты и другие методы; по показаниям — рентгенотерапия, а также хирургическое иссечение.

АТЕРОМА см. *Хирургические болезни.*

БАЗАЛИОМА (эпителиома базально-клеточная) — злокачественное новообразование кожи, возникающее обычно у лиц старше 45—50 лет. Развитию содействует хроническое раздражение различными внешними агентами физической, химической или другой природы (повторные травмы, ожоги, в том числе химическими веществами, радиационное воздействие и др.).

Симптомы. Чаще всего локализуется на лице, реже на туловище. Имеет вид бляшки, состоящей сначала из сгруппированных мелких узелков. Затем в центре может возникнуть эрозия и даже неглубокая язва, перекрытая легко отторгаемой чешуйкой-корочкой; типичным для базалиомы, даже находящейся в стадии эволюции, является наличие по краям ее плотноватых на ощупь, округлых, блестящих узелков («жемчужины»). В зависимости от особенностей дальнейшего развития различают рубцующийся, склеродермоподобный и пигментный типы базалиом. Процесс чаще всего носит хронический характер, хотя может иметь более активное течение; в последнем случае (более злокачественном) возможен глубокий распад не только мягких, но и костных тканей (скуловая, лобная и др.). Прогноз в этих случаях сомнительный.

Лечение должно проводиться у онколога (от электрокоагуляции до иссечения в пределах здоровых тканей, близкофокусная рентгенотерапия).

БАЛАНИТ. Острое (реже подострое) воспаление головки полового члена, обусловленное воздействием некоторых возбудителей (стрептококк, стафилококк, фузоспириллы, спирохеты и др.). Возникает обычно при несоблюдении гигиены половых органов (скопление смегмы). Часто воспалительный процесс с головки полового члена переходит на кожу внутреннего листка крайней плоти (баланопостит).

Симптомы. Заболевание характеризуется покраснением, отечностью и появлением эрозий на головке и внутреннем листке крайней плоти. Из отечного препуциального мешка, резкая болезненность которого часто препятствует открытию головки члена (фимоз), выделяется сливкообразный гной. В случае насильственного открытия головки крайняя плоть нередко ущемляется в венечной борозде, и тогда вправление головки в воспаленный препуциальный мешок становится затруднительным из-за резкой болезненности (парафимоз). В запущенных случаях возможны тяжелые осложнения вплоть до гангрены полового члена.

Все больные баланитом (и баланопоститом) подлежат тщательному клинико-лабораторному обследованию на сифилис.

Лечение. При баланите рекомендуются местные теплые ванночки из раствора перманганата калия (1:1000) 5—6 раз в день. При резко выраженном отеке показаны холодные примочки и обязательно иммобилизация полового члена в положении, обеспечивающем уменьшение отека (высокое положение, лучше постельный режим). При развитии фимоза — промывание препуциального мешка перманганатом калия из кружки Эсмарха с последующим введением в него персикового, вазелинового, оливкового или другого какого-либо масла.

Лечение парафимоза заключается в механическом вправлении головки полового члена в препуциальный мешок; для этого лучше

предварительно залить головку полового члена и кожу препуциального мешка маслом. В тяжелых случаях больного срочно направляют к хирургу.

БОЛЕЗНЬ БОРОВСКОГО (КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ). Дерматозооноз со строго эндемическим распространением во многих жарких странах. В СССР встречается чаще всего в Таджикской, Узбекской, Азербайджанской ССР. Возбудитель — простейшие (тельца Боровского). Резервуаром их являются различные грызуны (песчанки, суслики), а переносчиками — москиты.

Симптомы. В зависимости от особенностей возбудителя и реакции организма различают два типа: остронекротизирующийся (сельский) и поздноизъязвляющийся (городской). При первом типе после короткого инкубационного периода (3—4 нед) в очаге укуса москитом (обычно открытые участки тела — лицо, верхние конечности) появляются воспалительные бугорковые высыпания, которые в результате периферического роста вскоре превращаются в один сплошной конгломерат. В центре довольно быстро начинается гнойный распад, затем формируется язва. Субъективно — умеренно выраженное жжение и некоторая болезненность. Течение — 5—7 мес, причем даже без лечения к этому сроку процесс самопроизвольно разрешается формированием рубца. Заболевание оставляет иммунитет к повторному заражению.

Для поздноизъязвляющегося типа характерны более продолжительный инкубационный период (до года и более), менее сочные бугорки (воспалительные явления едва заметны), хроническое течение; язвенный распад начинается через 3—5 мес, он более поверхностный, а рубцевание происходит в течение 1—2 лет. После перенесенного заболевания также остается иммунитет, но только к данному возбудителю.

Лечение. Наиболее эффективно применение мономицина: в/м по 250 000 ЕД через каждые 6 ч (2 нед) или внутрь очага в той же дозировке 2 раза (1 нед); показаны также криотерапия, диатермокоагуляция, инъекции в очаги 5 % раствора акрихина и др.

БОРОДАВКИ. Контагиозное, вирусное заболевание кожи, встречающееся в любом возрасте.

Симптомы. Различают обыкновенные (простые), плоские (юношеские) и подошвенные бородавки. Обыкновенные бородавки — плотные невоспалительные узелки размером от булавочной головки до горошины, имеющие неровную поверхность с сосочковидными выростами; могут группироваться в довольно крупные сплошные бугристые бляшки. Встречаются чаще всего у детей на тыльных поверхностях кистей, лице, реже на других участках тела. Плоские бородавки встречаются у юношей, имеют вид плоских и несколько выступающих над уровнем кожи плотных на ощупь узелков серовато-белесоватого цвета с розоватым оттенком. В отличие от обыкновенных бородавок поверхность их гладкая, реже покрыта отрубевидными чешуйками. Подошвенные бородавки — плотные, желтовато-сероватого цвета, конусообразно углубленные в дерму, болезненные, возникают на местах постоянных сдавлений (неудобная обувь).

Лечение: при обыкновенных и плоских бородавках хороший результат дает гипнотерапия; местно применяют криотерапию, жидкость Гордеева, 10 % интерфероновую мазь, диатермокоагуляцию, сок свежего чистотела, прижигание различными кислотами, ляписом. При подошвенных бородавках, кроме указанных выше средств местного лечения, часто прибегают к оперативному удалению их; в тяжелых случаях допустима рентгенотерапия.

ВИТИЛИГО (ПЕСЬ). Хроническое, нередко прогрессирующее заболевание, характеризующееся появлением на коже очагов депигментации (обесцвечивания). В генезе заболевания определенная роль отводится нарушениям нейроэндокринного статуса. Заболевание часто начинается с детского возраста и носит обычно упорный характер. Кроме косметических неудобств, каких-либо объективных беспокойств не причиняет.

Лечение. Широко применяют поливитамины, особенно B_1, B_6. Показаны также транквилизаторы — хлордиазепоксид (элениум), диазепам (седуксен), триоксазин в обычных дозах, 1 % раствор сульфата меди (от 5 капель, прибавляя по 1 капле ежедневно, до 15 капель на прием, 2—3 раза в день) с молоком. Можно с осторожностью применять также фотосенсибилизаторы (псорален, аммифурин, бероксан). С целью временного скрытия пятен используют цветные, так называемые телесные пудры (особенно широкое применение нашел крем «Дермакол», который подбирают по тональности здоровой кожи).

ВОЛЧАНКА КРАСНАЯ. Этиология неизвестна.

Симптомы. У больных наблюдается повышенная чувствительность к ультрафиолетовым лучам. Условно различают две формы заболевания — хроническую и острую. Хроническая (дискоидная) форма характеризуется появлением обычно на лице (часто симметрично на переносице и крыльях носа в форме бабочки) и коже волосистой части головы как бы ороговевших дисков розоватого цвета, округлых, овальных, реже неправильных очертаний, умеренно шелушащихся, в центре которых вскоре определяется рубцевидная атрофия. При множественных распространенных очагах говорят о диссеминированной разновидности. Иногда дискоидная форма внезапно переходит в острую. Содействуют этому нерациональное лечение (УФО, мази, содержащие сильнодействующие средства), а также снижение иммунобиологической реактивности организма и др.). Течение заболевания хроническое, прогноз при лечении обычно благоприятный.

Острая красная волчанка часто протекает как тяжелое системное заболевание (см. главу «Внутренние болезни», *Системная красная волчанка*). Кожная сыпь при острой форме может вообще отсутствовать; лишь у части больных в области ладоней на фоне гиперемии определяются петехии; характерна также гиперемия кожи тыльной поверхности концевых фаланг пальцев кистей.

Л е ч е н и е. При дискоидной форме — резохин, хлорохина дифосфат, плаквенил и др. По одной схеме больной в течение 8—10 дней получает по 3 таблетки (по 0,25 г) препарата в день, после чего в течение 5—6 нед — по 1 таблетке. Курсы повторяют с интервалами 3—4 нед. По другой схеме больной принимает резохин по 0,25 г 2 раза в день 10-дневными циклами с 3-дневными перерывами; курсовая доза 18—20 г препарата. Курсы повторяют. Применяют также глюкокортикостероидные препараты (кортизон, преднизолон, дексаметазон и др.) в средних дозах, общеукрепляющие средства, поливитамины.

Из местных средств (одновременно с общими) применяют глюкокортикостероидные мази, прижигание снегом угольной кислоты. Категорически запрещены ультрафиолетовые облучения, рентгенотерапия. Весной и летом следует применять защитные кремы («Луч», «Защитный» и др.).

ГИПЕРГИДРОЗ. Чрезмерное потоотделение, которое проявляется на типичных местах (подмышечные впадины, лицо, половые органы) и на всем теле. Может быть физиологическим (при чрезмерной физической нагрузке, особенно в жарких помещениях, на солнце) и патологическим при некоторых болезнях (туберкулез, тиреотоксикоз и др.). Повышенная потливость, содействуя мацерации кожи, создает благоприятные условия для развития пиодермии и других заболеваний кожи.

Л е ч е н и е. Тщательное соблюдение гигиены тела, протирание кожи вяжущими растворами, 1 % раствором формалина, регулирование питьевого режима, внутрь — препараты кальция, рутин, витамины.

ДЕРМАТИТ. Острое воспаление кожи, возникающее под влиянием различных экзогенных факторов (химических, физических, термических, растительных, медикаментозных и др.). Особенно часто вызывают дерматит щелочи, кислоты, лаки, краски, органические растворители, клей, масла, скипидар, эпоксидные смолы. Нередко причиной дерматита являются антибиотики, сульфаниламиды, новокаин, йод, мышьяк. К дерматитам растительного генеза относятся процессы, обусловленные воздействием на кожу примулы, борщевика, лютика, герани, морского плюща и др.

С и м п т о м ы. Процесс сопровождается краснотой, отечностью, зудом, жжением, иногда даже болью. В тяжелых случаях в результате выраженной экссудации возможно появление пузырей, иногда довольно крупных, а при присоединении пиококковой инфекции — фолликулитов и других пиодермий. Внешне дерматит нередко симулирует экзему. При дифференциальной диагностике важно учитывать, что дерматит после устранения причины заболевания обычно довольно быстро регрессирует и затем полностью исчезает, а экзема носит хронически-рецидивирующий характер, причем рецидивы возникают вне связи с первоначальной причиной заболеваний.

Л е ч е н и е. Устранение непосредственной причины дерматита, обильное питье, слабительные (сульфат магния, соль «Барбара»), а также десенсибилизирующие и антигистаминные препараты (димедрол, дипразин — пипольфен, диазолин, супрастин, тавегил). Одновременно — местная успокаивающая, противовоспалительная терапия, охлаждающие примочки, взбалтываемые смеси, цинковое масло, глюкокортикостероидные лосьоны, кремы, мази. Диета во время лечения в основном молочно-растительная.

ДИСГИДРОЗ. Заболевание, проявляющееся множественными, глубоко расположенными в толще кожи пузырными элементами, слегка зудящими, похожими на саговые зерна. Возникает чаще в жаркое время года. Локализуется обычно в области ладоней и подошв, на тыльной поверхности кистей рук и стоп. Причинами дисгидроза являются нарушение нервно-сосудистого аппарата кожи, повышение чувствительности к химическим и лекарственным веществам.

С и м п т о м ы. Нередко на коже кистей и стоп появляются очаги шелушения, которые приходится дифференцировать с грибковым поражением (эпидермо- и руброфитией).

Л е ч е н и е. Внутрь — витамины, настойка валерианы, препараты брома, железа, новокаин и др.; местно — ванночки с настоем дубовой коры, березовых почек, вскрытие пузырей с наложением противовоспалительных мазей; кортикостероидные мази; иногда — лучи Букки. В целях профилактики — общеукрепляющие и общегигиенические мероприятия.

ЗУД КОЖИ может быть первичным, обусловленным различными внутренними заболеваниями (желтуха, диабет и др.), и вторичным — как симптом некоторых дерматозов. Различают несколько разновидностей зуда; чаще встречаются старческий зуд, зуд в области заднего прохода, половых органов и т. д. Старческий зуд часто носит универсальный характер, особенно интенсивным он может быть в области голеней, бедер и туловища. Нередко появляется приступообразно, чаще после приема гигиенических ванн, душа. Обусловлен сухостью кожи (гипофункция сальных желез) на фоне трофоневроза, нередко авитаминозов. Расчесы способствуют возникновению вторичных пиодермий, возможна экзематизация. Зуд заднего прохода обусловлен нередко, кроме трофоневрозов, парапроктитом, простатитом, полипозом прямой кишки, глистными инвазиями, хронической дизентерией, расслаблением сфинктера прямой кишки с истечением из нее жидкости, кандидозом и др. Кроме зуда заднего прохода, к локализованным формам зуда кожи относится и зуд половых органов, особенно часто зуд вульвы и реже половых органов мужчин. Причиной зуда половых органов могут быть трихомониаз, кандидамикоз и некоторые другие воспалительные процессы половых органов; нередко он возникает при климаксе, неврозах, истерии, после удаления яичников и применения противозачаточных средств. В области полового члена (особенно головки) зуд иногда обусловлен раздражающим действием вагинального секрета женщины (повышенная кислотность), а также применением противозачаточных средств химического происхождения (хинин, некоторые кислотные растворы, пасты и др.).

Иногда зуд кожи сопровождается ее утолщением, усилением рисунка, а в запущенных случаях — типичной лихенификацией и значительными экскориациями.

Лечение. Прежде всего установление непосредственной причины зуда, после чего назначается соответствующая терапия (лечение трихомониаза, кандидоза, дизентерии, дегельминтизация, исключение или замена противозачаточных средств и др.) Применяют препараты, успокаивающие центральную нервную систему (транквилизаторы и др.), улучшающие кожную трофику (инъекции алоэ, стекловидного тела, 1 % раствора новокаина, поливитамины, особенно А, Е, F, С), гипнотерапию, а также соответствующую гормонотерапию (после консультации эндокринолога). По показаниям назначают десенсибилизирующие, антигистаминные препараты. Местно применяют различные зудоутоляющие и противовоспалительные присыпки, лосьоны, кремы, мази, пасты.

Показаны физиотерапия и санаторно-курортное лечение (УФО, сульфидные ванны и т. д.).

ИМПЕТИГО. Острое воспалительное заболевание кожи, вызываемое стрепто-, стафилококками. Возникает чаще у детей; у взрослых обычно заражаются мужчины при бритье; нередко возникает как осложнение других заболеваний (кожный зуд и т. д.). Различают несколько форм импетиго: стрептококковое, стафилококковое, вульгарное (смешанное).

Симптомы. Стрептококковое импетиго характеризуется появлением на открытых участках тела небольших пузырей, наполненных светлым, постепенно мутнеющим содержимым; они быстро вскрываются, содержимое ссыхается, превращаясь в янтарного цвета корочки. При удалении последних обнажается ярко-красная эрозивная поверхность, окруженная ободком отделившегося рогового слоя.

При стафилококковом импетиго в устьях сально-волосяных фолликулов появляются пустулы, достигающие величины горошины. Содержимое подсыхает и превращается в конусообразную корочку.

Вульгарное импетиго чаще всего возникает на коже лица, реже — туловища и конечностей. Регионарные лимфатические узлы становятся болезненными при пальпации и несколько припухшими.

Лечение. Пузырьки вскрывают, обрабатывают спиртовыми растворами красителей (бриллиантовый зеленый), накладывают противовоспалительные мази (синтомициновая эмульсия и т. п.).

ИХТИОЗ (рыбья чешуя) — упорное, обычно врожденное (наследственная аномалия) заболевание кожи, выражающееся в ее сухости, шероховатости, усилении кожного рисунка, а в тяжелых случаях — образовании мощных роговых наслоений. Обязательным признаком является шелушение. При тяжелых формах кожа напоминает чешую змеи, кожу крокодила, слона; нередко больные жалуются на зуд. Наиболее типичная локализация процесса — разгибательные поверхности конечностей, локти, колени. Часто процесс (особенно зимой) осложняется появлением болезненных, долго не заживающих трещин, пиодермий и экзематизации.

Лечение. Длительный прием витамина А (по 20—30 капель масляного концентрата 3 раза в день в течение 1 мес; курсы повторяют через 1 мес). Эффективно назначение одновременно с витамином А и витамина Е. Хорошие результаты отмечены при длительном применении аевита (по 1 мл 1 раз в день в/м, на курс 25—30 инъекций; всего 4—6 курсов), витамина B_{12} по 200 мкг, на курс 25—30 инъекций. Местно — питательные кремы, содержащие витамин А (ланолин, персиковое масло, масляный раствор витамина А — поровну), а также кремы «Восторг», «Атласный», «Идеал» и др. Курортотерапия (морские купания).

КАНДИДАМИКОЗЫ. Различные по клинической картине (в зависимости от локализации — кожа, ногти, слизистые оболочки и внутренние органы) поражения, обусловленные дрожжеподобными грибами из рода Candida. Наиболее часто наблюдается кандидамикоз межпальцевых складок кистей и стоп, сосков молочных желез кормящих матерей, полости рта (молочница, или дрожжевой стоматит), углов рта (дрожжевая эрозия), языка (микотический глоссит), половых губ (микотический вульвовагинит) и реже ногтевых валиков и ногтей.

Симптомы. Процесс характеризуется появлением умеренно мокнущих эрозий, покрытых белесовато-серым, порой как бы крошковатым налетом. Интенсивность воспалительных явлений различна, зависит от локализации процесса: например, они особенно выражены при поражении ногтевых валиков (подушкообразные утолщения, разрыхление, краснота вокруг околоногтевого валика), а также углов рта (линейные, порой довольно болезненные, мацерированные трещины, окруженные сочной эрозией).

Лечение. Наиболее эффективно длительное (по 25 дней) применение нистатина по 1 000 000 ЕД 4—6 раз в день; детям по 250 000 ЕД 3—4 раза в день. При распространенном кандидамикозе одновременно применяют леворин. Наряду с этим необходимо местное лечение: растворы анилиновых красок, жидкость Кастеллани, 10—20 % раствор буры в глицерине; применение анилиновых красок полезно чередовать со смазыванием нистатиновой или левориновой мазью (200 000 ЕД антибиотика в 1 г основы). Одновременно с противодрожжевым лечением назначают общеукрепляющие средства, поливитамины, особенно группы В.

Лечение кандидамикоза может быть успешным только с учетом соответствующих патогенетических факторов (например, назначение инсулина и других противодиабетических препаратов при диабете, контроль за состоянием кожи и слизистых оболочек при длительном приеме внутрь антибиотиков, устранение возможных профессиональных вредностей, в частности воздействия влаги, кислот, щелочей на кожу).

КЕЛОИД. Доброкачественное соединительнотканное новообразование, возникающее

у лиц, имеющих предрасположение (так называемый келоидный диатез) на местах порезов кожи, ожогов, травм, акне и др., редко — спонтанно.

Симптомы. Возвышающиеся над уровнем кожи вначале розоватые, позже белесоватые, плотные на ощупь разрастания, по форме и величине соответствующие размерам первоначальной травмы. Субъективно беспокойства не причиняют, лишь изредка больные жалуются на зуд; чаще, особенно при локализации на лице, они причиняют косметические неудобства.

Лечение. Облучение лучами Букки. Хороший результат дают инъекции преднизолона под келоид (но не в ткань). Показаны инъекции стекловидного тела, алоэ, лидазы, прижигание жидким азотом, снегом угольной кислоты. Оперативное удаление келоидов противопоказано, так как на месте рубца обычно быстро формируются новые келоиды.

КОНДИЛОМЫ ОСТРОКОНЕЧНЫЕ (ОСТРОКОНЕЧНЫЕ БОРОДАВКИ). Контагиозное вирусное заболевание, наблюдающееся главным образом в области половых органов. Содействуют заболеванию местные хронические раздражения, мацерация (гонорейные выделения из влагалища, уретры, выделения из прямой кишки), несоблюдение гигиены половых органов (скопление спермы у мужчин и др.).

Симптомы. Развитие в указанных областях невоспалительных островков сосочково-бородавчатых разрастаний, розоватого (с некоторым серовато-перламутровым оттенком) цвета, внешне напоминающих цветную капусту. Они появляются как бы на несколько суженном основании. При отсутствии лечения могут достигать довольно больших размеров; в этих случаях особенно четко выявляется их дольчатость. Наблюдаются преимущественно у лиц в возрасте 20—45 лет.

Лечение. Электрокоагуляция, выскабливание острой ложечкой Фолькмана с последующим смазыванием основания 10 % раствором нитрата серебра или полуторахлористого железа. Эффективно смазывание 10—25 % подофиллиновой мазью (или 10—20 % раствором подофиллина в 90 % спирте), жидкостью Гордеева, прижигание снегом угольной кислоты. Лечение основного заболевания (гонореи, трихомоноза) и соблюдение гигиены половых органов — обязательное условие предотвращения рецидивов.

КРАПИВНИЦА. Заболевание из группы аллергодерматозов, возникающее как реакция в ответ на самые разнообразные эндо- и экзогенные раздражители (аллергены). Появляется не только от укусов насекомых, соприкосновения с крапивой, медузой, некоторыми гусеницами и др., но и при развитии индивидуальной сверхчувствительности к ряду медикаментов (антибиотики, сульфаниламиды, амидопирин и др.), пищевым продуктам (шоколад, земляника, клубника, яйца, грибы, рыбные консервы и др.), при воздействии низких и высоких температур, солнечной радиации, механических факторов (сдавление, трение), при желудочно-кишечных интоксикациях и т. д.

Симптомы. Внезапное появление на коже множественных, островоспалительных, сильно зудящих волдырей розовато-лилового оттенка, напоминающих волдыри от ожога крапивой. Появление их — результат остро возникающего ограниченного отека кожи, обусловленного повышением проницаемости кожных капилляров. Волдыри имеют различную величину, после слияния могут приобретать вид довольно крупных с фестончатыми краями бляшек. При обширных высыпаниях на слизистой оболочке, особенно в области носоглотки (отек Квинке), возможны приступы удушья, что вынуждает применять трахеотомию. Процесс часто носит рецидивирующий характер.

Лечение. При подозрении на пищевое происхождение крапивницы очистительные клизмы, прием слабительных (сульфат магния, соль «Барбара» и др.), разгрузочная (преимущественно молочно-растительная) диета с ограничением соли. Антигистаминные препараты (димедрол, дипразин, диазолин и др. в обычных дозах). В тяжелых случаях в/в вводят хлорид кальция (10 мл 10 % раствора), подкожно адреналин (1 мл 0,1 % раствора), внутрь дают атропин (0,00015 г 2—3 раза в день). Местно — противовоспалительная терапия (холодные примочки, взбалтываемые охлаждающие смеси, цинковое масло); эффективно применение глюкокортикостероидных кремов, мазей.

В целях профилактики рецидивов следует попытаться установить аллерген и в дальнейшем исключить контакт с ним.

ЛЕПРА (ПРОКАЗА). Хроническое инфекционное заболевание, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы и других органов и тканей. Возбудитель — микробактерия. Заражение происходит путем передачи от человека к человеку в результате длительного контакта. Инкубационный период может продолжаться до 10 лет и более.

Симптомы. Различают три основных типа лепры: лепроматозный, туберкулоидный и недифференцированный (неопределенный).

Лепроматозный тип — наиболее тяжелая форма, при которой поражаются многие органы и ткани. Кожные проявления отмечаются преимущественно в области лица, верхних и нижних конечностей (чаще на внутренних поверхностях). Процесс начинается с появления пятнистых высыпаний красновато-буроватого цвета, позднее с желтовато-мертвенным оттенком, которые затем превращаются в бугристые узлы. Высыпания (лепромы), располагаясь на лице, сильно обезображивают больного, придавая вид «львиной морды». Характерным для лепры является выпадение бровей. В увеличенных лимфатических узлах и лепромах обнаруживаются микобактерии.

Туберкулоидный тип — относительно доброкачественно протекающий процесс, при котором поражаются преимущественно кожа и нервные окончания. На коже возникают пятнистые элементы; со стороны нервной системы отмечаются полиневриты, атрофии мышц, контрактуры, трофические язвы.

Недифференцированный (неопределенный) тип лепры занимает промежуточное положение между лепроматозным и туберкулоидным типом и может переходить в один из указанных выше. Характеризуется преимущественным поражением кожи, а также нервной системы.

Для диагностики лепры, кроме бактериоскопических исследований и учета эпидемиологических данных, имеет значение ряд диагностических тестов (определение чувствительности, гистаминовая проба, лепроминовая проба, проба на потоотделение и т. д.).

Лечение. В основном препараты сульфонового ряда (ДДС, сульфатин, солюсульфон, а также производные тиомочевины). Больные подлежат немедленной госпитализации в лепрозории, где создаются условия, приближающиеся к домашним, и назначается соответствующее лечение.

ЛЕЙКОДЕРМА. Расстройство пигментации кожи в результате уменьшения или исчезновения пигмента. Чаще всего наблюдается в результате перенесенного кожного заболевания (псориаз, парапсориаз, розовый лишай, отрубевидный лишай, экзема, грибковые заболевания). Лейкодерма может появиться и при сифилисе. Чаще всего локализуется в области шеи. При сифилисе лейкодерма сопровождается наличием других сифилидов, положительными серологическими реакциями.

Лечение. При сифилисе — противосифилитическое; после перенесенных других дерматозов лейкодерма регрессирует обычно без всякого лечения.

ЛИПОМА. Доброкачественная опухоль, развивающаяся из жировой ткани. Преимущественно локализуется в подкожном жировом слое, окружена соединительнотканной капсулой. Липомы имеют вид полушаровидных, мягких на ощупь узлов цвета нормальной кожи, могут достигать величины детской головы. Нередко липомы инфицируются, изредка обызвествляются.

Лечение, как правило, хирургическое — удаление опухоли в пределах здоровой ткани.

ЛИШАЙ КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ. Хроническое заболевание, для которого характерна мономорфная узелковая сыпь. Типичными признаками сыпи являются полигональность очертаний, своеобразный восковой блеск и пупкообразное вдавление в центре. Цвет обычно красновато-сиреневатый с некоторым перламутровым оттенком. Преимущественная локализация — сгибательная поверхность лучезапястных суставов, внутренняя поверхность предплечий, передняя поверхность голени, половые органы. Нередко лишай располагается на слизистой оболочке полости рта. Заболевание сопровождается зудом. Различают несколько форм красного плоского лишая (кольцевидная, бородавчатая, эритематозная, пемфигозная, атрофическая, универсальная). Заболевание чаще всего встречается в возрасте 20—50 лет. Течение длительное, нередко рецидивирующее.

Лечение. Поливитамины внутрь, инъекции витаминов B_1, B_{12}; в/в 30 % раствор натрия тиосульфата по 10 мл. Применяют инъекции бийохинола, на курс 30—40 мл; антигистаминные препараты — димедрол, супрастин, диазолин. Показаны хлордиазепоксид (элениум), триоксазин. Из физиотерапевтических средств эффективны ультразвук, косвенная диатермия шейных узлов, лазеротерапия. Местно — глюкокортикостероидные кремы (преднизолон, синалар и др.). При бородавчатой форме — криотерапия, диатермокоагуляция. При упорном течении назначают внутрь глюкокортикостероидные препараты. Показано санаторно-курортное лечение.

ЛИШАЙ ОПОЯСЫВАЮЩИЙ. Вызывается нейротропным вирусом. Нередко заболеванию предшествует охлаждение.

Симптомы. На фоне гиперемии, чаще по ходу нервных окончаний, появляются изолированные или сливающиеся в крупные очаги высыпания пузырькового характера. Заболевание сопровождается зудом, жжением и болью. Часто локализуется на коже по ходу межреберных и лицевых нервов. Наиболее тяжело протекает гангренозная форма опоясывающего лишая, при которой наблюдаются пузыри с геморрагическим содержимым, участки некроза эпидермиса. При локализации опоясывающего лишая по ходу глазной ветви тройничного нерва в процесс может вовлекаться конъюнктива глаза. Заболевание продолжается, как правило, 3—4 нед; после разрешения кожных высыпаний иногда остаются болевые ощущения.

Лечение. Анальгин по 0,5 г 3 раза в день, витамин B_1 по 1 мл в/м. Наружно — УФО (субэритемные дозы). Прижигание высыпных элементов спиртовым раствором бриллиантового зеленого, спиртовым раствором метиленового синего, краской Кастеллани. Показано применение оксолиновой мази.

ЛИШАЙ ПУЗЫРЬКОВЫЙ ПРОСТОЙ. Вызывается вирусом. Нередко заболеванию предшествует охлаждение; может передаваться при поцелуе, половой близости.

Симптомы. На воспалительном основании на коже или на слизистых оболочках появляются пузырьки с прозрачным серозным содержимым, которое вскоре мутнеет и засыхает в виде желтовато-коричневых корочек; в дальнейшем они отпадают. Локализуясь в области рта, носа, на половых органах, пузырьковый лишай может часто рецидивировать и вызывать незначительную болезненность; иногда присоединяется вторичная инфекция. При локализации простого пузырькового лишая в области половых органов необходимо тщательно обследовать на сифилис, при необходимости обследуют полового партнера.

Лечение. В основном наружная терапия — дерматоловая мазь, декаминовая мазь, 50 % мазь с интерфероном, оксолиновая мазь. При присоединении вторичной инфекции высыпания смазывают краской Кастеллани, спиртовым раствором бриллиантового зеленого; при рецидивирующих формах — инъекции гаммаглобулина, витаминов группы В.

ЛИШАЙ РОЗОВЫЙ. Этиология инфекционная. Чаще заболевание возникает весной или осенью: нередко ему предшествует простуда.

Симптомы. Начало с продромальных явлений в виде легкой головной боли, небольшого повышения температуры. Высыпания на коже возникают остро, проявляясь пятнами розового цвета. Вначале появляется одно пятно (материнская бляшка), которое расширяется по периферии, затем появляются новые пятнистые элементы обычно на боковых поверхностях туловища, сгибательных поверхностях конечностей и в области шеи. Через некоторое время центр пятен желтеет, принимает коричневатую окраску, несколько западает и эпидермис начинает шелушиться. Края пятен окружены красновато-розовым ободком, что придает им вид медальона. Как правило, у больных не бывает субъективных ощущений, и лишь иногда заболевание сопровождается слабым зудом. Розовый лишай необходимо дифференцировать от микроспории (исследование на грибы), сифилиса (сифилитическая розеола не шелушится, специфические серологические исследования и др.).

Лечение. Внутрь — диазолин по 0,1 г 2 раза в день, на ночь димедрол 0,05 г, поливитамины. Наружно—цинковое масло. Запрещается мытье тела до полного исчезновения высыпаний.

МЕЛАНОМА. Злокачественное новообразование, развивающееся на месте врожденного пигментного пятна либо на неизмененной коже.

Симптомы. Меланома отличается быстрым инфильтрирующим ростом, распространением элементов опухоли по лимфатическим путям, метастазированием в ближайшие лимфатические узлы и отдаленные органы. Признаки озлокачествления пигментного пятна: усиление или ослабление пигментации, увеличение размера пятна, возвышение его над уровнем кожи, появление в его пределах отдельных разрастаний, трещин, кровоточивости, очагов изъязвления. В основании растущей опухоли появляются синевато-буроватый венчик и синеватые радиарные отеки опухолевой инфильтрации. Различают четыре стадии меланомы кожи.

I стадия — пигментная опухоль диаметром до 2 см, прорастающая кожу без регионарных метастазов. II стадия: а) опухоль диаметром более 2 см без увеличения регионарных лимфатических узлов; б) такая же опухоль, но с увеличением регионарных узлов. III стадия: а) различной величины и формы пигментные опухоли, прорастающие кожу, подкожный жировой слой и апоневроз, без метастазов; б) такая же опухоль, но с регионарными метастазами. IV стадия — опухоль любой величины с множественными регионарными и отдаленными метастазами.

Лечение зависит в основном от локализации опухоли и стадии заболевания. Так, при локализации на лице, волосистой части головы возможности радикального лечения значительно ограничены. Эффективность лучевого и хирургического лечения крайне низка из-за трудности установления границ распространения опухоли. В основном применяют комбинированный метод лечения (рентгенотерапия с последующим широким электрохирургическим иссечением). В последнее время комбинированное лечение дополняют химиотерапией для воздействия на скрытые очаги болезни.

МИКРОСПОРИЯ. Заболевание, вызываемое грибом рода Microsporum. Заражение происходит от больного человека и животного. Наиболее часто микроспорию вызывает пушистый и ржавый микроспорум. Болеют преимущественно дети школьного возраста. В период полового созревания заболевание обычно проходит самостоятельно.

Симптомы. Различают микроспорию гладкой кожи и волосистой части головы. При микроспории гладкой кожи образуются слегка возвышающиеся пятна розоватого цвета, правильно округлой формы с центральным незначительным шелушением, которое распространяется по периферии, а в центре вновь возникает новый очаг (кольцо в кольце). Иногда очаги могут сливаться между собой, образуя крупные фестончатые образования. Реже образуются пятна бледно-розового цвета с мелким отрубевидным шелушением. Нередко поражаются пушковые волосы.

Микроспория волосистой части головы выражается в появлении мелких очагов правильной округлой формы с резко очерченными границами. Кожные покровы розоватого цвета, покрыты мелкими мукообразными чешуйками. Волосы в очагах поражения обломаны на высоте 4—8 мм и представляются как бы коротко остриженными. Для диагностики микроспории применяют метод осмотра больных под люминесцентной лампой, основанный на свойстве волос, пораженных грибом Microsporum, давать зеленоватое свечение. Осмотр производят в затемненной комнате. При микроскопическом исследовании пораженных волос они представляются окутанными очень мелкими округлыми спорами, расположенными мозаично, в виде чехла, который при надавливании предметным стеклом распадается на отдельные куски.

Лечение. При микроспории волосистой части головы — гризеофульвин по 0,25 г 3 раза в день, эпиляция волос; при микроспории гладкой кожи — местно 2 % настойка йода, серно-дегтярно-салициловые мази.

НЕВУС («РОДИМОЕ ПЯТНО»). Существует от рождения либо возникает в первые годы жизни.

Симптомы. Различают сосудистые, бородавчатые и пигментные формы. Сосудистые невусы — ангиомы и гемангиомы (см. *Ангиомы*). Бородавчатые невусы встречаются в виде одиночных или множественных бляшек грязно-серого или буроватого цвета, поверхность их неровная, покрыта массивными роговыми наслоениями; иногда они располагаются линейно, в виде полосы. Пигментные невусы — плоские или слегка возвышающиеся над уровнем кожи невоспалительные образования темно-коричневого, иногда черного цвета. Нередко пигментные невусы занимают значительную поверхность кожного покрова и бывают покрыты волосами. Особенностью пигментного невуса является его способность трансформироваться в злокачественное новообразование, так называемую меланому (см. *Меланома*).

НЕЙРОДЕРМИТ. Заболевание из группы зудящих дерматозов, которое рассматривают как своеобразный трофический невроз у лиц с функционально неустойчивой нервной системой. В развитии нейродермита играют роль нарушение обмена веществ, эндокринные расстройства, глистные инвазии и др.

Симптомы. Различают нейродермит ограниченный и диффузный. Ограниченный нейродермит чаще локализуется в области затылка, шеи, в локтевых сгибах, подколенных ямках, паховых складках, на внутренних поверхностях бедер, у мужчин — на мошонке, у женщин — на наружных половых органах. Начинаясь с зуда, кожный процесс постепенно приводит к лихенификации, т. е. усилению кожного рисунка, при котором кожные бороздки становятся более глубокими, кожные поля рельефно выступают, образуя узелки бледно-розового цвета, покрытые мелкими чешуйками. В результате расчесов образуются бляшки, покрытые кровянистыми корочками. На участках нейродермита может наблюдаться неравномерное распределение пигмента. Диффузный нейродермит преимущественно локализуется на конечностях, реже — на коже туловища. Кожа уплотненная, сухая, синюшно-красная, с серо-буроватым оттенком. Кожный рисунок резко выражен. Ногтевые пластинки при нейродермите блестящие, как бы отполированные, по свободному краю сточенные. Иногда наблюдается поражение всего кожного покрова с присоединением вторичной инфекции. Мучительный зуд отрицательно сказывается на общем состоянии больного.

Лечение должно быть направлено на причину или сопутствующие заболевания, ухудшающие течение нейродермита. Показаны в/в вливания 10 % раствора хлорида кальция по 10 мл, 10 % раствора тиосульфата натрия, в/м инъекции витаминов B_1, B_6; внутрь — антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, диазолин), транквилизаторы (элениум, триоксазин), глюкокортикостероидные гормоны (преднизолон, дексаметазон, триамцинолон), переливание плазмы. Диета с ограничением углеводов, соли, разгрузочные дни. Местно: глюкокортикостероидные мази (преднизолон, синалар, флюцинар), нафталановая нефть, противозудовые средства, содержащие ментол, анестезин, димедрол. Санаторно-курортное лечение (Сочи — Мацеста, Нафталан), морские купания, физиотерапия (УФО, ультразвук).

ОБЛЫСЕНИЕ (АЛОПЕЦИЯ). Поредение, а также выпадение волос. Возникает обычно на фоне себореи, нервного потрясения, функциональных нарушений эндокринного аппарата и т. д. Различают несколько видов облысения. Раннее облысение возникает на фоне себореи, особенно если имеется себорейный дерматит. У таких больных в возрасте около 20 лет начинают выпадать волосы, затем они вновь вырастают, но с каждой сменой становятся все тоньше, превращаются в пушковые и затем полностью исчезают. Такая форма заболевания наблюдается исключительно у мужчин; у женщин волосы редеют и истончаются.

Заболевание начинается с лобно-теменных областей и затылка.

Симптоматическое заболевание возникает вследствие тяжелых инфекционных заболеваний (скарлатина, малярия, грипп и др.); при этом выпадение волос возникает остро и может привести к значительному их поредению.

Гнездная плешивость возникает в результате тяжелых переживаний, травм головы, острых инфекционных заболеваний, эндокринных нарушений и др. Облысение начинается внезапно с появления мелких плешин округлой формы, которые медленно увеличиваются и достигают 10 см в диаметре. Сливаясь между собой, они образуют крупные очаги облысения фестончатых очертаний. Кожа на облысевших участках нормальной окраски или слегка розоватая. Волосы по краям очага в период роста легко выдергиваются, корень их становится истонченным. Через несколько месяцев (или лет) очаги облысения начинают зарастать сначала пушковым, а потом нормальным волосом. Иногда вначале волосы бывают седыми, затем пигментируются. В некоторых случаях возникает полное (тотальное) облысение.

Лечение. При раннем облысении общеукрепляющая терапия, витамин А, поливитамины. Местно массаж, УФО. При жирной себорее кожу головы протирают 2 % салициловым спиртом, 2 % резорциновым спиртом, при сухой себорее втирают 5 % серную мазь, при наличии перхоти — 3—5 % серно-салициловую мазь. При симптоматическом облысении — общеукрепляющая терапия, полноценное питание. Местно — 2 % салициловый спирт, 2 % резорциновый спирт. При гнездной плешивости — внутрь витамины А, B_1, поливитамины; местно — раздражающие спиртовые растворы (см. выше), мазь капсицин, эритемные дозы УФО, орошение хлорэтилом, криотерапия жидким азотом.

ОМОЗОЛЕЛОСТЬ — приобретенное ограниченное утолщение рогового слоя кожи (гиперкератоз). Чаще всего омозолелость располагается на местах, подверженных длительному давлению; нередко она носит профессиональный характер. По локализации омозолелости иногда можно определить характер профессии, а именно: у молотобойцев, кузнецов — ладони, у скрипачей, гитаристов — концевые фаланги пальцев рук и т. д. Клиническая диагностика обычно не представляет трудности.

Лечение. Удаление омозолелости после горячей мыльной ванны или ванны с раствором питьевой соды. Местно — 10 % салициловая мазь, мозольный пластырь, мазь с мочевиной, криотерапия жидким азотом. Профилактика омозолелости — устранение причин, вызывающих ее образование.

ОПРЕЛОСТЬ. Воспаление кожи, развивающееся в местах соприкосновения кожных покровов и трения.

Содействуют развитию опрелости повышенная потливость и несоблюдение гигиены тела. Наблюдается чаще всего в межпальцевых складках стоп, реже кистей, в паховой области, межъягодичных складках, в подмы-

шечных впадинах, под молочными железами. Опрелость проявляется вначале в виде эритемы, затем появляются поверхностные трещины, роговой слой мацерируется, в результате чего возникают ссадины. Очаги поражения в результате отслойки рогового слоя увеличиваются в размерах, а иногда распространяются за пределы складок. Больных беспокоит зуд, реже — жжение и боль.

Л е ч е н и е. Туалет кожи, протирание 1 % раствором метиленового синего, 1 % раствором бриллиантового зеленого, краской Кастеллани. Для уменьшения потливости протирают складки кожи 40 % раствором гексаметилентетрамина (уротропина), применяют присыпки (уротропин, окись цинка, тальк — по 10 г). Профилактика — гигиена кожи и устранение причин повышенного потоотделения.

ПАРАПСОРИАЗ. Этиология и патогенез заболевания недостаточно изучены. Различают пятнистую, лихеноидную, бляшечную и острую формы.

С и м п т о м ы. При пятнистом (каплевидном) парапсориазе на коже туловища и конечностей внезапно появляются розовые, величиной с чечевицу, полушаровидные папулы, слегка плотноватой консистенции. На поверхности их образуются своеобразные чешуйки в виде пленки. Количество папул постепенно увеличивается, по мере разрешения одних возникают новые. Наряду с папулами образуются небольшие розовые пятна. Для диагноза каплевидного парапсориаза имеют значение феномен «облатки» (отслоение эпидермиса эксцентрически вокруг элемента), скрытого шелушения, пурпура.

Бляшечный парапсориаз характеризуется образованием на коже пятен различной величины, без четких границ, постепенно сливающихся с окружающей здоровой кожей. На поверхности пятен заметно шелушение. При поскабливании точечного кровотечения не возникает. Пятна существуют длительно, годами. Поражение локализуется чаще всего на коже туловища, живота, ягодиц, верхних конечностей, бедер.

Лихеноидный парапсориаз — крайне редкое заболевание, при котором высыпания имеют вид мелких плоских узелков розового или буровато-красного цвета; сливаясь, они образуют полосы, складывающиеся в сетчатый рисунок. На поверхности папул отмечается незначительное шелушение.

При остром парапсориазе (вариолиформном) в центре появляющихся сразу в большом количестве папул образуются кровоизлияния, геморрагические пузырьки, засыхающие в виде плотных корочек черного цвета. Просуществовав 2—3 нед, папулы разрешаются, оставляя небольшие рубчики. Заболевание нередко сопровождается повышением температуры и общим недомоганием.

Л е ч е н и е. Общеукрепляющая терапия, витамины А, D_2, B_1, B_6, никотиновая кислота, поливитамины, антибиотики (эритромицин, тетрациклин), хингамин (делагил). Местно — 1—2 % салициловая мазь, 2 % серно-салициловая мазь, глюкокортикостероидные мази (синалар, фторокорт, флюцинар). Физиотерапия (хвойные, морские ванны, УФО). Санаторно-курортное лечение (Сочи — Мацеста, Нафталан).

ПЕДИКУЛЕЗ (ВШИВОСТЬ). Паразитарное заболевание кожи, вызываемое укусом головной, платяной или лобковой вши. Передается при несоблюдении правил личной гигиены.

С и м п т о м ы. При вшивости головы отмечаются зуд кожи, особенно в области затылка и висков, наличие гнид в волосах. На коже образуются папулезно-везикулезные элементы, при осложнении — пустулы. Платяные вши серого цвета, живут в складках одежды и постельного белья. На коже при их укусах возникают мелкие пятнисто-папулезные высыпания, расчесы. Лобковые вши паразитируют в области лобка, внутренней поверхности бедер, подмышечных впадинах, редко в области ресниц и бровей. Заражение происходит при тесном контакте, половой близости, иногда в бассейне и бане. На месте укусов возникают мелкие, серовато-голубоватые пятна за счет изменения гемоглобина под действием секрета слюнных желез, расчесы. При присоединении вторичной инфекции — пиодермиты.

Л е ч е н и е. При вшивости головы у мальчиков или мужчин волосы сбривают; у женщин волосы покрывают марлей, смоченной смесью керосина и растительного масла, и вощаной бумагой, которую укрепляют чепчиком или плотной шапочкой. Через 12 ч голову моют, затем ополаскивают столовым раствором уксуса (так как керосин не убивает гнид). Через 6—8 дней лечение повторяют. Применяют метод вычесывания паразитов. При наличии платяных вшей — мытье с серным, серно-дегтярным мылом, смена белья с последующей дезинфекцией. При наличии лобковых вшей — втирание керосина пополам с растительным маслом. Эффективно наружное применение ксилола.

П р о ф и л а к т и к а. Соблюдение правил личной гигиены, при обнаружении вшивости — осмотр всех членов семьи. Необходимо помнить о том, что головная и платяная вши являются передатчиками возбудителей сыпного и возвратного тифа.

ПИОДЕРМИИ. Гнойничковые заболевания кожи, вызываемые гноеродными микробами (стафилококками и стрептококками). Занимают первое место по частоте среди других кожных заболеваний; нередко являются причиной временной нетрудоспособности. На коже здорового человека обитает громадное количество гноеродных микробов, однако они вызывают заболевание только при переохлаждении, переутомлении, нервном перенапряжении, болезнях обмена веществ, особенно диабете, нарушении общего питания (эндогенные факторы), микротравмах, расчесах, порезах, царапинах, ожогах и т. д. Возникновению заболевания может способствовать также действие различных профессиональных раздражителей: дегтя, скипидара, керосина, пыли, смазочных масел (экзогенные факторы).

С и м п т о м ы. Различают следующие клинические формы пиодермии: остиофолликулит, глубокий фолликулит, фурункул, карбункул,

гидраденит, множественные абсцессы у детей, сикоз, эпидемическая пузырчатка новорожденных, хроническая язвенная пиодермия и др.

Фолликулиты — множественные гнойнички, расположенные в устье сально-волосяных фолликулов. Пронизанные в центре волосом, они окружены узким воспалительным ободком красного цвета.

Лечение. Смазывание краской Кастеллани, 1 % спиртовым раствором генцианвиолета, 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого, оксикортом, локакортеном.

Множественные абсцессы чаще возникают у ослабленных детей в возрасте до 1 года, особенно при повышенной потливости.

Симптомы. На коже волосистой части головы, шеи, туловища возникают багрово-красные гнойнички величиной от булавочной головки до мелкой горошины, расположенные в устьях выводных протоков потовых желез. Гнойнички увеличиваются, вскрываются с выделением сливкообразного желто-зеленого гноя. Заболевание сопровождается повышением температуры, общей слабостью; при отсутствии лечения может привести к летальному исходу.

Лечение. Антибиотики (инъекции пенициллина со стрептомицином в течение 6—8 дней), в/м инъекции крови матери или отца. Внутрь — поливитамины, димедрол или супрастин. Наружно — краска Кастеллани, стрептоцидовая эмульсия, синтомициновая эмульсия.

Сикоз см. ниже.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных — заразное заболевание, приводящее иногда к эпидемиям в родильном доме.

Симптомы. В первые дни жизни ребенка внезапно на внешне здоровой коже туловища, нижней части живота, складках шеи, спины появляются наполненные желтоватой жидкостью пузыри. На месте вскрывшихся пузырей образуются эрозии. Повышается температура, ребенок плохо берет грудь, слабеет. Прогноз всегда серьезный.

Лечение. Антибиотики (инъекции пенициллина, олеандомицина, витациклина в дозах, соответствующих возрасту), сульфаниламидные препараты. Наружно — краска Кастеллани, синтомициновая эмульсия.

Фурункул, карбункул, гидраденит см. *Хирургические болезни.*

ПЛЕШИВОСТЬ см. *Облысение.*

ПОТНИЦА. Высыпание на невоспаленной коже большого количества сгруппированных или рассеянных пузырьков величиной с просяное зерно, наполненных прозрачным или опалесцирующим содержимым. Развивается при острых лихорадочных заболеваниях, сильном перегревании (укутывании ребенка), повышении температуры воздуха. Причиной заболевания может быть задержка пота в выводных протоках потовых желез в результате набухания рогового слоя.

Симптомы. Сыпь локализуется на закрытых участках кожного покрова, туловище, в частности на спине, сгибательной поверхности конечностей. Через 3—4 дня пузырьки подсыхают, появляется незначительное шелушение. Зуд отсутствует. Красная потница характеризуется высыпанием узелков красного цвета величиной с булавочную головку и пузырьков с мутным содержимым, окруженных геморрагическим ободком. Элементы сыпи могут сливаться, образуя мокнущие очаги. Нередко наблюдаются зуд кожи, чувство жжения. При присоединении вторичной инфекции образуются пузырьки молочно-белого цвета (белая потница).

Лечение. Ванны с перманганатом калия и последующим припудриванием порошком (окись цинка, тальк — по 10 г), спиртовые водные взбалтываемые смеси (окись цинка, тальк, крахмал — по 10 г, глицерин — 15 г, вода — до 100 мл). Внутрь — хлорид кальция, димедрол, супрастин. При вторичной инфекции — антибиотики, синтомициновая эмульсия.

Профилактика. Контроль за гигиеническим состоянием кожи, устранение причин, вызывающих обильное и быстрое потоотделение.

ПОЧЕСУХА. Заболевание, сопровождающееся появлением высыпаний и зуда. Различают узловатую почесуху и почесуху Гебры.

Узловатая почесуха чаще возникает у женщин в возрасте 25—50 лет. Этиология и патогенез неизвестны.

Симптомы. Преимущественно на коже верхних и нижних конечностей появляются полушаровидные, плотные узелки величиной от чечевицы до горошины, иногда лесного ореха, резко выступающие над уровнем здоровой кожи. Узелки буровато-красного цвета, покрыты кровянистыми корочками или сероватыми чешуйками. Характерен мучительный зуд, возникающий приступообразно. Заболевание может продолжаться годами.

Лечение. Внутрь — антигистаминные средства (димедрол, диазолин), хлордиазепоксид (элениум). Местно криотерапия, диатермокоагуляция, глюкокортикостероидные мази (синалар, флюцинар и др.).

Почесуха Гебры наблюдается исключительно у детей. Этиология и патогенез недостаточно изучены.

Симптомы. На разгибательных поверхностях конечностей появляются рассеянные плотные узелки с булавочную головку цвета нормальной кожи. Высыпания сопровождаются очень сильным зудом. Заболевание протекает годами и в возрасте полового созревания проходит. На месте узелков в результате расчесов остаются белые, мелкие рубчики. Характерны для почесухи Гебры своеобразная гиперплазия лимфатических узлов и отсутствие подошвенных рефлексов.

Лечение. Длительное пребывание на свежем воздухе, гелиотерапия, морские купания. Внутрь — диазолин, супрастин, элениум, хлорид кальция, витамины С, B_1, РР и др. Наружно — УФО, теплые ванны, противозудные мази, кремы (синалар и др.).

ПСОРИАЗ (ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ) — хроническое, обычно рецидивирующее заболевание. Встречается довольно часто. Этиология не выяснена. Заболевание может начаться в любом возрасте, но чаще в 15—25 лет.

Симптомы. Заболевание начинается остро с появления на здоровой коже мелких ярко-розовых узелковых элементов величиной от булавочной головки до чечевицы, которые быстро покрываются серебристо-белыми чешуйками. Увеличиваясь по периферии, узелки нередко сливаются, образуя значительные по величине очаги крупнофестончатых очертаний. В отдельных случаях поражение носит универсальный характер, возникает псориатическая эритродермия. Наиболее частой локализацией при псориазе являются разгибательные поверхности конечностей, особенно в области локтевых и коленных суставов, волосистая часть головы. Различают три стадии течения заболевания: прогрессивную, стационарную, регрессивную. В прогрессивной стадии появляются свежие высыпания и увеличиваются в размерах имеющиеся. На месте царапин также появляются высыпные элементы. В стационарной стадии наступает стабилизация процесса, отсутствуют свежие высыпные элементы. В регрессивной стадии происходит обратное развитие высыпных элементов.

При диагностике псориаза методом поскабливания можно обнаружить так называемую псориатическую триаду, т. е. три весьма характерных для псориаза симптома: симптом стеаринового пятна, при котором чешуйки, покрывающие высыпной элемент, распадаются на мельчайшие частицы, напоминающие каплю расплавленного стеарина, попавшего на кожу. При дальнейшем поскабливании обнаруживается гладкая поверхность бляшки в форме крупной пленки, так называемый симптом терминальной пленки. По удалении последней возникает симптом точечного кровотечения в виде кровянистой росы.

Ногтевые пластинки при псориазе вследствие множества точечных углублений напоминают наперсток. Рецидивы псориаза чаще возникают в осенне-зимнее время (зимняя форма), реже летом (летняя форма). Перерыв между отдельными рецидивами длится обычно несколько месяцев. Псориатическая эритродермия характеризуется покраснением кожи, отеком ее, зудом. Расчесы могут способствовать возникновению вторичной инфекции. Одной из наиболее тяжелых форм является артропатический псориаз, когда, помимо кожи, в процесс вовлекаются суставы, преимущественно кистей и стоп. Сильные боли, деформирующий полиартрит, в дальнейшем анкилозы могут привести к инвалидности.

Лечение. Длительный прием витамина А, в/м инъекции витаминов B_1, B_6, B_{12}, аевит по 1 мл ежедневно, седативные средства. При лечении больных летней формой псориаза внутрь назначают хингамин (делагил, хлорохин). В тяжелых случаях при псориатической эритродермии и артропатической форме показаны глюкокортикостероидные гормоны (преднизолон, дексаметазон, триамцинолон) с одновременным назначением внутрь 10 % раствора хлорида калия. В последнее время при лечении псориаза применяют цитостатические средства (метотрексат и др.). Больным с артропатической формой псориаза показаны внутрь салициловые препараты, бутадион. Местное лечение подбирается индивидуально. В острой стадии рекомендуется смазывание пораженных участков кожи индифферентными или слабыми отшелушивающими мазями (1—2 % салициловая мазь, 1—2 % серно-салициловая мазь).

В стационарной и регрессивной стадиях назначают кератолитические (3—5 % салициловая мазь), затем рассасывающие мази, содержащие деготь. Показаны также мази и кремы, содержащие глюкокортикостероидные гормоны (синалар, флюцинар и др.). Хорошие результаты достигаются при УФО (при зимней стадии псориаза) в условиях санаторно-курортного лечения. В последние годы с успехом применяют метод разгрузочно-диетической терапии, а также метод фотохимиотерапии. Показано диспансерное наблюдение.

ПУЗЫРЧАТКА — одно из самых тяжелых заболеваний, по-видимому, вирусного происхождения.

Различают несколько форм пузырчатки.

Вульгарная пузырчатка. На внешне неизмененной коже и слизистых оболочках возникают пузыри с прозрачным серозным содержимым. Быстро вскрываясь, особенно на слизистых оболочках, пузыри превращаются в болезненные ярко-красные или покрытые белесоватым налетом эрозии, окаймленные обрывками пузыря. Высыпание пузырей на коже происходит толчкообразно: одни появляются, другие разрываются, образуя эрозии. Последние сравнительно быстро эпителизируются, оставляя пигментацию. Иногда содержимое пузырей становится мутным и даже гнойным. При данной форме обнаруживается симптом Никольского, при котором происходит отслойка эпителия на здоровых участках, чаще вблизи пузырей. При исследовании отпечатков с эрозий находят акантолитические клетки.

Листовидная пузырчатка. При этой форме возникают поверхностные плоские вялые пузыри, покрытые тонкой оболочкой, которые быстро разрываются и образуют эрозию. Симптом Никольского резко положителен; процесс очень быстро распространяется на весь кожный покров с образованием обширных эрозий. Слизистые оболочки, как правило, не поражаются.

Вегетирующая форма. Заболевание начинается с поражения слизистых оболочек полости рта. Затем появляются пузыри вокруг естественных отверстий и в кожных складках. После вскрытия пузырей на поверхности эрозий развиваются папиломатозные разрастания, которые могут сливаться и образовывать вегетирующие поверхности. Через некоторое время вегетации ссыхаются, уплощаются, а эрозии эпителизируются.

Лечение. До введения в терапию глюкокортикостероидных гормонов пузырчатка принимала злокачественное течение и больные быстро умирали. В настоящее время широко применяют преднизолон, триамцинолон, дексаметазон. Лечение проводят под контролем врача большими дозами — до 60—80 мг/сут, в дальнейшем их снижают и переходят на поддерживающую дозу, при которой не отмечается ухудшения. Одновременно назначают

внутрь 10 % раствор хлорида калия, ограничивают прием углеводов, поваренной соли. В тяжелых случаях назначают переливания крови, плазмы. Наружное лечение — смазывание раствором перманганата калия, краской Кастеллани, полоскание рта дезинфицирующими и вяжущими растворами. При присоединении вторичной инфекции показано применение антибиотиков.

РУБРОМИКОЗ — заболевание, вызываемое грибом Trichophyton rubrum. Может поражать ногти рук и ног, а также кожу туловища, конечностей, лица.

Симптомы. На подошвах и ладонях кожа слегка гиперимирована. Роговой слой утолщен, шелушение имеет кольцевидный, пластинчатый, в бороздках — муковидный характер. В отличие от эпидермофитии поражается вся поверхность подошв и ладоней, тыльные поверхности стоп и кистей. В межпальцевых промежутках стоп — гиперкератоз, мацерация, шелушение, трещины. Больного беспокоит сильный, мучительный зуд. Ногтевые пластинки поражаются одна за другой. Грибок быстро прорастает всю толщу пластинок, проникая в ногтевое ложе. Ногти обламываются по боковым краям, приобретая клювовидную форму. На коже туловища рубромикоз проявляется в виде пятен с фестончатыми очертаниями. На коже голени, бедер, ягодиц иногда встречается фолликулярно-узловатая форма. Течение хроническое, вялое.

Лечение. При тотальном поражении — внутрь гризеофульвин по 0,25 г 3 раза в день (на курс 20 000 000—25 000 000 ЕД) вместе с антигистаминными препаратами (супрастин, димедрол). Местно: при поражении кожи — 2 % настойка йода, мазь Вилькинсона, мультифунгин; при поражении ногтей — отслойка при помощи мозольного пластыря, содержащего 50 % мочевину. Эффективно применение криотерапии жидким азотом, после чего обрабатывают ногтевые пластинки жидкостью Бережного.

САРКОМА КОЖИ. Злокачественное новообразование кожи. Различают фибросаркому и лимфосаркому.

Симптомы. *Фибросаркома* наиболее часто исходит из подкожного жирового слоя. При пальпации опухоль производит впечатление плотной массы неправильной формы, вначале покрытой нормальной кожей. Опухоль довольно быстро растет, по мере увеличения покрывающая ее кожа приобретает пурпурный цвет и в конце концов изъязвляется. Часто развиваются дочерние элементы. Рано или поздно появляются метастазы, которые обычно возникают гематогенным путем, особенно в легких.

Лимфосаркома большей частью бывает множественной. Она появляется в подкожном жировом слое. Величина ее от чечевицы до сливы. Опухоль растет медленно, выпячивает над собой кожу, придавая последней застойную окраску. Лимфосаркома может локализоваться на любых участках кожного покрова. Нередко лимфосаркома может самопроизвольно исчезнуть, но со временем на этом или другом участке появиться снова.

Метастазы во внутренние органы не наблюдаются.

Лечение. При одиночных опухолях — хирургическое иссечение в пределах здоровой ткани. При множественных — химиотерапия, рентгенотерапия.

СЕБОРЕЯ. Заболевание, выражающееся в нарушении жирового обмена в коже. Проявляется повышенным выделением и качественным изменением кожного сала. Возникновению себореи способствуют нервные расстройства, погрешности в питании, несоблюдение правил личной гигиены. Начинается в возрасте полового созревания.

Симптомы. Различают жирную, сухую и смешанную формы себореи. При жирной себорее кожа жирная, блестящая, устья сальных желез расширены, зияют. При сдавливании кожи из протоков сальных желез выделяются белые сальные «пробки». Высокая внешняя температура, физическая работа, умственное перенапряжение усиливают салоотделение. Волосы на голове сильно блестят и кажутся как бы склеенными, а к 20—30 годам начинают выпадать. Очень часто при жирной себорее возникают угри, нередко присоединяется вторичная инфекция. Сухая себорея проявляется в менее выраженном салоотделении. На коже лица, груди, спины появляются камедоны, имеющие вид черных точек, закупоривающих устье волосяных фолликулов. Кожа постепенно утолщается и приобретает серовато-коричневый цвет. На этом фоне образуются различной формы угри, а также кисты сальных желез, так называемые атеромы, напоминающие опухоль. Атеромы могут воспаляться и нагнаиваться. Смешанная себорея характеризуется сочетанием признаков жирной и сухой себореи на одних и тех же участках.

Лечение. Витамин А — внутрь, в/м инъекции витаминов B_1, B_6 (по 20—30 инъекций), диета с ограничением углеводов, жиров, соли. Показаны седативные средства. В последние годы применяется разгрузочно-диетическая терапия. Местное лечение: правильный уход за кожей в соответствии с ее состоянием. При жирной себорее — кислотосодержащие маски (кефир, лимон), затем мытье кожи с мылом (можно применять питьевую соду, буру). При угревой сыпи полезны протирания 1 % салициловым, резорциновым спиртом, лосьонами. Применяют кремы, содержащие противовоспалительные средства, а также «Лимонный», «Маска» и др. При сухой себорее за 30 мин до умывания показано обильное смазывание кожи жирным питательным кремом типа «Бархатный». Умывать лицо водой с мылом можно не чаще 2 раз в неделю. Полезны маски, содержащие яичный желток, растительное масло.

При лечении себореи эффективны также гидротерапия (ванны, души, морские купания), гормонотерапия, иммунотерапия, антибиотикотерапия (при вторичной инфекции).

СИКОЗ. Заболевание, относящееся к группе пиодермий. Чаще всего вызывается стафилококком и поражает устья волосяных фолликулов в областях бороды, усов, волосистой части головы, лобка.

Симптомы. Характерно появление на воспаленной коже множества фолликулитов, которые могут сливаться в крупные очаги. Постепенно фолликулиты вскрываются и образуют гнойные корки, пронизанные волосами. Волосы, удаленные из пораженных волосяных фолликулов, нередко оказываются покрытыми стекловидной муфтой. Заболевание часто рецидивирует и трудно поддается лечению.

Лечение. В остром периоде — примочки из 2 % раствора борной кислоты, резорцина, раствора риванола 1 : 1000. По мере стихания процесса применяют спиртовые растворы красителей, чаще краску Кастеллани, без фуксина. Кроме того, применяют мази, содержащие синтомицин, глюкокортикостероидные гормоны, антибиотики. В ряде случаев используют седативные средства, половые гормоны (метилтестостерон и др.). Применяют аутогемотерапию и иммунотерапию (аутовакцина). Показана физиотерапия (УФО и др.). Больным рекомендуется бритье электробритвой после предварительного припудривания кожи.

СКЛЕРОДЕРМИЯ. Заболевание, характеризующееся поражением (уплотнением) соединительнотканного отдела кожи. Причины заболевания не установлены. Различают ограниченную (бляшечную) и диффузную (системную) склеродермию.

Симптомы. *Бляшечная склеродермия.* Появляются очаги округлой или овальной формы, имеющие фиолетово-розовый цвет. В центральной части кожа склерозируется, становится плотной, собрать ее в складки практически невозможно. Кожные покровы приобретают цвет слоновой кости. В дальнейшем кожа в очаге поражения атрофируется, появляется пигментация синюшного цвета. Чаще всего эти очаги локализуются на коже туловища, реже — конечностей и очень редко — волосистой части головы. Крайне редко развиваются трофические язвы. Своеобразной формой бляшечной склеродермии является пятнистая, или капельная, склеродермия (так называемая болезнь белых пятен), при которой возникает множество мелких снежно-белых очагов поражения величиной в несколько миллиметров.

Диффузная (системная) склеродермия см. *Внутренние болезни.*

Лечение. Пенициллин из расчета 600 000 ЕД в сутки, на курс до 15 000 000 ЕД (число курсов определяется достигнутым успехом). Кроме того, назначают экмоновоциллин — 2 (около 10 000 000—15 000 000 ЕД на курс). Рекомендуется в/м инъекции лидазы, алоэ, на курс 30 инъекций. Показаны глюкокортикостероидные гормоны, витаминотерапия, делагил, хлорохин. С успехом применяют физиотерапию (массаж, грязевые, парафиновые, озокеритные аппликации, УВЧ-терапию, индуктотермию), лечебную физкультуру. Эффективно санаторно-курортное лечение. При бляшечной форме вводят под очаг склеродермии гидрокортизон.

ТОКСИКОДЕРМИЯ. Аллергическое заболевание, характеризующееся появлением различных высыпаний. Наиболее часто причиной токсикодермий являются пищевые продукты, а также медикаменты.

Симптомы. Клиническая картина токсикодермий весьма разнообразна и особенно сложна, если она сочетается с другими дерматозами. Чаще всего возникают эритемы, которые могут быть отечными, в частности, на лице; на туловище возникают розеолы, которые быстро исчезают. Встречаются фиксированные высыпания в виде эритемы и пузырей от применения фенацетина, салицилатов, амидопирина, препаратов сурьмы, висмута, йода, ртути, хинина, сульфаниламидов, эвкалиптового масла, витаминов группы В и др. Экземоподобные высыпания возникают от хинина, новокаина, эфедрина, формалина, пенициллина, сульфаниламидов и др. Крапивницу могут вызывать салицилаты, сульфаниламиды, пенициллин, атропин, препараты йода, брома, витамины группы В и др. Узелковые высыпания возникают от приема препаратов мышьяка, хинина, салицилатов и др. Различные пищевые продукты могут вызывать алиментарные токсикодермии в виде крапивницы, отека Квинке, сильного зуда, фигурных эритем и др. При диагностике нередко помогают анамнез, а также накожные тесты.

Лечение. Отмена всех применяемых медикаментов, а также пищевых продуктов, с которыми может быть связана токсикодермия. Внутрь — слабительные, антигистаминные препараты.

ТРИХОФИТИЯ. Заболевание кожи и ее придатков (волос, ногтей), вызываемое грибами рода Trichophyton. Различают поверхностную, глубокую, нагноительную трихофитии. Источниками заражения поверхностной трихофитией являются больные люди. Заражение происходит при непосредственном контакте с больными, чаще в условиях семьи, закрытого детского учреждения. Источниками заражения глубокой трихофитией являются больные животные при непосредственном контакте с ними или через предметы, загрязненные их шерстью. В патогенезе трихофитии играют роль травмы кожи, повышенная ее влажность, нарушение защитных сил организма.

Симптомы. Поверхностная трихофития гладкой кожи — мелкие воспалительные, обычно единичные пятна, округлые и овальные, с периферическим валиком, на котором возникают пузырьки, подсыхающие в корочки; в центре пятна — шелушение. Зуда обычно нет. Поверхностная трихофития волосистой части головы, бороды, усов — мелкие шелушащиеся очаги округлой формы с нечеткими границами, волосы в очагах разрежены, некоторые из них обломаны на высоте 1—2 мм над уровнем кожи в виде «пеньков». При хронической трихофитии взрослых наблюдаются множественные очаги неправильных очертаний, шелушащиеся, синюшной окраски, с нечеткими границами, тенденцией к слиянию. Характерна симметричная локализация (голени, предплечья, ягодицы). Шелушение на голове напоминает себорею. При трихофитии ногтей они становятся тусклыми, бугристыми, серо-грязного цвета, утолщенными, легко крошатся. При глубокой нагноительной трихофитии — резкая гиперемия, инфильтрация кожи, фолликулярные пустулы в очагах. Очаги округлой,

опухолевидной формы, темно-красного цвета, покрытые корками, при сдавливании из фолликулов выделяется гной. Нередки болезненность, увеличение регионарных лимфатических узлов, повышение температуры, вторичные аллергические высыпания — трихофитиды.

Л е ч е н и е поверхностной трихофитии кожи — смазывание 2—5 % йодной настойкой и втирание 5—10 % серно-дегтярной мази в течение 10—12 дней. Для лечения трихофитии волосистой части головы применяют гризеофульвин по 0,25 г 3 раза в день в течение 3 нед ежедневно, затем через день в течение 2 нед. Волосы удаляют при помощи 4 % эпилинового пластыря. При нагноительной трихофитии удаляют корки путем повязок с 2 % салициловой мазью, далее накладывают влажноподсыхающие повязки из 10 % раствора ихтиола, 0,5 % раствора нитрата серебра (ляписа); эпиляцию волос проводят с помощью 4 % эпилинового пластыря, назначают гризеофульвин. Абсцессы вскрывают.

П р о ф и л а к т и к а основана на диспансерном обслуживании больных: повторных осмотрах членов семьи, дезинфекции в очагах микоза, выявлении больных трихофитией животных, дератизации.

ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ. Заболевание, вызываемое туберкулезной микобактерией человеческого, реже бычьего и еще реже птичьего типа. Возбудитель может внедриться в кожу извне, но чаще инфекция попадает в кожу вторичным путем — гематогенно или лимфогенно из пораженных туберкулезом внутренних органов, лимфатических узлов.

С и м п т о м ы зависят от типа возбудителя, его активности, пути заражения, локализации поражения, общего состояния организма больного. Различают несколько форм туберкулеза кожи.

Туберкулезная волчанка чаще поражает лицо, конечности, реже туловище; нередко поражаются слизистые оболочки. В начале заболевания появляется розовато-красное пятно, бледнеющее при надавливании, которое затем превращается в узелок величиной с горошину. При надавливании стеклом узелок бледнеет и ясно просвечивает пятно бледно-желтого цвета (феномен яблочного желе). При надавливании на узелок пуговчатым зондом он как бы проваливается, возникает углубление («симптом зонда») в результате гибели эластичных волокон. С течением времени узелки сливаются, образуя большие бляшки. В то время как в центре наступает заживление с образованием атрофического рубца белого цвета, по периферии возникают новые узелки, вследствие чего образуются кольцевидные и ползучие фигуры. Бляшки также изъязвляются, покрываются корками. Заболевание может привести к обезображиванию и злокачественному перерождению.

Скрофулодерма — плотные узлы величиной с орех и более, исходящие из подкожного жирового слоя. Постепенно они размягчаются, кожа над ними приобретает багрово-синюшный цвет, истончается. Вскоре узлы вскрываются, образуя ряд свищевых ходов, язв. Язвы имеют подрытые края, на дне вялые грануляции, которые заживая, образуют мостикообразные, бахромчатые рубцы.

Язвенный туберкулез чаще возникает у больных открытым туберкулезом легких, почек, кишечника. На слизистой оболочке полости рта, в области нижних конечностей, на ягодицах, в окружности заднего прохода появляются мелкие, быстро изъязвляющиеся, очень болезненные узелки, которые, сливаясь, образуют крупные язвенные очаги.

Бородавчатый туберкулез часто является профессиональным заболеванием патологоанатомов, ветеринарных работников, мясников и лиц, имеющих дело с трупами болевших туберкулезом. Бородавчатый туберкулез обычно локализуется на месте внедрения туберкулезной микобактерии, на тыле кистей, пальцев рук, реже на стопах. Вначале появляется багрово-синюшного цвета узелок, быстро превращающийся в бляшку, покрытую бородавчатыми сосочковидными разрастаниями.

Папулонекротический туберкулез возникает гематогенным путем у больных туберкулезом молодых людей, чаще у девушек. На разгибательных поверхностях конечностей, на ягодицах возникают мелкие узелки с некрозом в центре, которые оставляют после себя вдавленный рубчик. Узелки высыпают толчкообразно, приступами, в результате чего можно одновременно видеть высыпания на разных стадиях развития.

Лихеноидный туберкулез (лишай золотушных) обычно встречается у детей. На коже туловища возникают мелкие, сгруппированные остроконечные узелки величиной с просяное зерно, соломенно-желтого или розовато-коричневого цвета.

Индуративный туберкулез (индуративная эритема Базена) — гематогенная форма туберкулеза, чаще поражающая молодых женщин. Локализация — сгибательные поверхности голеней. Глубоко расположенные узлы, исходящие из подкожного жирового слоя, покрытые багрово-синюшной кожей, нередко симметричные. Вскрываясь, узлы образуют вялые, длительно не заживающие язвы.

При диагностике туберкулеза кожи необходимо помнить о сифилисе, красном плоском лишае и других заболеваниях.

Л е ч е н и е основано на применении противотуберкулезных средств: стрептомицин в/м — 0,5 г/сут (на курс 80—100 г), фтивазид — 0,5 г 2 раза в день в течение 5—7 мес, ПАСК — 8—10 г/сут, до 1 кг на курс. Одновременно поливитамины, димедрол, диазолин, кальция пантотенат (0,2 г 3 раза в день), витамин D_2 (по 30 000—75 000 МЕ) в течение нескольких месяцев. Большое значение имеют полноценное питание, хорошие условия труда и отдыха, санаторно-курортное лечение. Местное лечение применяется не всегда.

ФАВУС (парша). Грибковое заболевание. Заражение происходит при прямом контакте с больным или его вещами.

С и м п т о м ы. Болезнь начинается с небольших эритематозно-чешуйчатых очагов, которые, сливаясь, образуют бляшки, покрытые чешуйко-корочками. Вследствие проникновения гриба в волосяной фолликул в устье по-

является желтая корочка — центр формирующегося фавозного щитка, который состоит из элементов гриба и продуктов распада эпидермиса. Периферическая часть приподнимается, центр западает. Величина фавозного щитка 1—3 мм. Характерны также «амбарный» (мышиный) запах, «фавозный парик» (потерявшие свой блеск, как бы запыленные волосы). Волосы не обламываются, но легко выдергиваются. Процесс заканчивается рубцовой атрофией пораженных участков волосистой части головы. Клинические варианты фавуса: микроскутулярная форма (с малыми щитками), алопецийная без щитков, эритематозно-сквамозные формы (псориазоформная: керион Цельса, импетигиноидная).

Лечение. Гризеофульвин по 0,25 г 4—6 раз в день, длительно, под контролем микологических исследований. Местно — электрофорез 2 % йодида калия, мазь с гризеофульвином, мультифунгин, 4 % эпилиновый пластырь и др.

ФИМОЗ см. *Хирургические болезни.*

ХЕЙЛИТ. Воспаление слизистой оболочки красной каймы и кожи губ. Различают несколько видов хейлита: экзематозный, микотический, микробный, эксфолиативный, преканкрозный, гландулярный.

Симптомы при хейлите зависят от этиологического фактора, чаще всего наблюдаются отек, краснота, пузырьки, эрозии и шелушение.

Экзематозный хейлит, как правило, является проявлением диффузного нейродермита (атопического дерматита) или распространенной хронической экземы. Нередко в области губ отмечаются отек, гипермия, эрозия, в хронической стадии — инфильтрация, трещинки и чешуйки.

Микробный хейлит по клинической картине напоминает экзематозный; часто его образованию предшествуют пиококковые инфекции, а также «заеды».

Микотический хейлит вызывается дрожжевыми грибами. Клиническая картина напоминает таковую при экзематозном хейлите.

Эксфолиативный хейлит подразделяют на сухую и экссудативную формы. При сухой форме выявляется область гиперемии, покрытая тонкими, слюдянообразными чешуйками. По периферии чешуйки слегка приподнимаются и в центре плотно пристают к эпителию. Такое состояние может длиться годами. При экссудативной форме клиническая картина сопровождается более бурным воспалением.

Преканкрозный хейлит характеризуется длительно не заживающей эрозией или язвой.

Гландулярный хейлит возникает при выделении слюны из гипертрофированных слюнных желез в области слизистой оболочки губ. Нередко к этому процессу присоединяется вторичная инфекция.

Лечение. Применяют мази, содержащие глюкокортикостероидные гормоны (преднизолон, оксикорт, флюцинар, синалар и др.), при показании — синтомициновую, стрептоцидовую, нистатиновую эмульсии, анилиновые красители (1 % раствор генцианового фиолетового). При некоторых формах хейлита показаны лучи Букки. Внутрь — витамин А.

ЧЕСОТКА. Заболевание, вызываемое чесоточным клещом. Передается непосредственно от больного, а также при пользовании его постелью, полотенцем, одеждой, игрушками. Самка клеща прорывает в роговом слое кожи горизонтально идущий чесоточный ход, в котором откладывает яйца.

Симптомы. Заболевание сопровождается сильным зудом, особенно по ночам. Зуд вызывает расчесы, обычно осложняющиеся вторичной инфекцией. На теле больного чесоткой видны чесоточные ходы. Они обычно наблюдаются на руках, запястьях, боковых поверхностях пальцев рук, в области локтей, ягодицы, живота, по краю подмышечных впадин, у мужчин на половом члене, у маленьких детей на ладонях и подошвах.

Лечение. Серная мазь 33 % для взрослых и 10 % — для детей. Эффективно также лечение по методу Демьяновича: в кожу втирают 60 % раствор тиосульфата натрия (раствор № 1) 3—4 раза подряд через несколько минут, после чего 6 % раствор соляной кислоты (2—3 раза). Эти средства могут вызвать дерматиты. Применяют бензиловый эфир бензойной кислоты — бензилбензоат. В состав раствора входят: бензилбензоат — 20 г, зеленое мыло — 2 г, вода — 78 мл. Раствор втирают в кожу дважды и меняют белье.

Профилактика. Осмотр всех членов семьи, проживающих вместе с больным, и одновременное лечение всех выявленных больных. Осмотр детских коллективов, общежитий, дезинфекция.

ЭКЗЕМА. Своеобразное воспалительное эритематозно-везикулезное, зудящее поражение кожи. Возникает остро, но затем принимает хроническое течение со склонностью к частым рецидивам. Заболевание не имеет единой этиологии и обусловлено различными экзогенными и эндогенными факторами; наиболее вероятна роль неврогенных и аллергических механизмов.

Симптомы. Различают истинную себорейную, микробную и профессиональную экзему.

Истинная экзема. Наиболее частая локализация — тыл кистей и лицо. Острый период отличается высыпанием на эритематозном фоне микровезикул. После их вскрытия образуются мелкие точечные эрозии («серозные колодцы»), отделяющие в виде капель серозный экссудат. По мере стихания воспалительных явлений количество пузырьков уменьшается, часть из них подсыхает с образованием корочек, а на пораженных участках появляется мелкое отрубевидное шелушение. Вследствие того что экзема развивается приступообразно, все элементы (пузырьки, мокнутие, корочки и шелушение) наблюдаются одновременно, что является наиболее характерным симптомом экземы (эволюционный полиморфизм). Заболевание сопровождается сильным зудом. В результате расчесов экзема осложняется вторичной инфекцией.

Часто экзематозный процесс имеет тенденцию к распространению, у отдельных больных он поражает значительные участки кожного покрова.

Себорейная экзема. Процесс локализуется в области лица, волосистой части головы, груди, межлопаточного треугольника и возникает чаще у лиц, страдающих жирной себореей. Характеризуется высыпанием мелких точечных фолликулярных узелков желтовато-розового цвета, покрытых жирными серовато-желтыми чешуйками. Позднее из узелков образуются бляшки различной величины тоже желтовато-розового цвета, покрытые жирными чешуйками, затем бляшки сливаются, формируя более крупные очаги с фестончатыми очертаниями. Субъективно отмечается незначительный зуд.

Профессиональная экзема возникает в результате сенсибилизации кожи к различным раздражителям: химическим, механическим, физическим. Преимущественная локализация на тыле кистей, предплечье, лице и шеи. От истинной экземы отличается менее выраженным полиморфизмом, отсутствием обострений и быстрым излечиванием при устранении соответствующего раздражителя.

Микробная экзема характеризуется резкой ограниченностью, круглыми или крупнофестончатыми очертаниями. По периферии нередко виден воротничок отслаивающегося рогового слоя. Пораженный участок часто покрыт пластинчатыми корками, после удаления которых возникает сплошная мокнущая поверхность, на которой отчетливо выявляются «серозные колодцы». Микробная экзема локализуется на голенях, тыле кистей, реже — на волосистой части головы. Вслед за первичным очагом нередко возникает диссеминация процесса.

Лечение. В остром периоде при выраженном мокнутии назначают холодные примочки из свинцовой воды, буровской жидкости, 2 % раствор борной кислоты, 1—2 % раствор резорцина. При отсутствии мокнутия применяют взбалтываемые взвеси, лучше всего так называемое цинковое масло (окись цинка — 30 г, борная кислота — 1 г, подсолнечное масло — 70 г). По мере стихания процесса назначают пасты с нафталанской нефтью, жидкостью Дорохова. Противозудным действием обладают глюкокортикостероидные мази (преднизолон, фторокорт, синалар и др.). При наличии гнойничковой инфекции назначают краску Кастеллани. Из общего лечения применяют 10 % раствор хлорида кальция, 30 % раствор тиосульфата натрия в/в, внутрь — антигистаминные средства: димедрол, диазолин, аскорбиновую кислоту, пантотенат кальция, в/м инъекции витаминов B_1, B_6, B_{12}. При упорном течении назначают глюкокортикостероидные гормоны. Диета: резкое ограничение углеводов, соли. В последние годы с успехом применяют разгрузочно-диетическую терапию.

ЭПИДЕРМОФИТИЯ. Одно из самых распространенных грибковых заболеваний кожи и ногтей, вызываемое грибом из группы эпидермофитов, паразитирующих в роговом слое эпидермиса. Преимущественно поражаются своды подошвы, межпальцевые складки ног, паховые сгибы, кожные складки под грудными железами, особенно у тучных женщин. Поражаются и ногти, главным образом на пальцах ног. Плоскостопие и связанная с ним повышенная потливость стоп, вызывая мацерацию и разрыхление рогового слоя, способствуют заражению. Болеют, как правило, взрослые.

Симптомы. При эпидермофитии стоп на своде и на внутренней поверхности подошвы появляются плотные пузырьки, просвечивающие через роговой слой в виде саговых зерен; постепенно отек кожи увеличивается, пузырьки сливаются друг с другом и, разрываясь, образуют эрозии, окруженные в виде венчика обрывками побелевшего рогового слоя. Субъективно отмечаются жжение, зуд, боль. В межпальцевых складках роговой слой набухший, белого цвета. В области кожных складок — дугообразные пятна, шелушащиеся по краям.

Лечение. При наличии воспалительных явлений — холодные примочки 1—2 % раствора резорцина, раствора риванола (1 : 1000), горячие местные ванны из ромашки, перманганата калия. Крупные пузыри вскрывают и обрабатывают краской Кастеллани. После исчезновения воспалительных явлений накладывают мазь микосептин. При поражении паховой области, бедер — втирание 10 % серно-дегтярной мази. При поражении ногтей — ежедневное смазывание йодной настойкой, жидкостью Бережного.

Профилактика. Соблюдение правил личной гигиены, лечение повышенной потливости, санитарный надзор за душевыми, бассейнами, банями, дезинфекция обуви 40 % раствором формалина в течение 21 ч.

ЭРИТЕМА УЗЛОВАТАЯ. Остро протекающее инфекционное заболевание, по-видимому, вирусного происхождения. Чаще возникает весной и осенью. Нередко является симптоматическим заболеванием как проявление гриппа, ангины, туберкулеза, ревматизма, интоксикации от приема некоторых лекарственных средств (сульфаниламиды и др.).

Симптомы. На передней поверхности голеней возникают узлы, исходящие из подкожного жирового слоя, болезненные, особенно при надавливании. Кожа над ними красновато-синюшная. Часто нарушается общее состояние, повышается температура до 40 °С, появляется боль в суставах. Заболевание продолжается 3—4 нед. В отличие от индуративной эритемы, сифилитических гумм узлы не изъязвляются.

Лечение. Внутрь — антибиотики (пенициллин — 10 000 000—12 000 000 ЕД на курс, стрептомицин — 5 000 000 ЕД на курс, эритромицин 4 000 000—5 000 000 ЕД на курс), амидопирин с анальгином, димедрол. Показан преднизолон. Местно — спиртовые компрессы, компрессы с 10 % раствором ихтиола, компрессы с мазью Вишневского. При рецидиве — тщательное всестороннее клиническое обследование.

ЭРИТЕМА ЭКССУДАТИВНАЯ МНОГОФОРМНАЯ. Остро протекающее инфекционное заболевание, по-видимому, вирусного происхождения. Возникает чаще весной и осенью. Нередко является симптоматическим заболеванием как проявление гриппа, ревматизма, ангины, желудочно-кишечных заболеваний.

Симптомы. На тыле кистей, предплечий, стоп, на половых органах, в полости рта, на губах остро возникают пятнисто-папулезные высыпания розовато-красного цвета с синюшным оттенком. Увеличиваясь по периферии, они западают в центре, вследствие чего образуются кольца, окруженные розовым ободком. В тяжелых случаях возникают пузыри, наполненные геморрагическим содержимым. В зависимости от локализации субъективные ощущения выражаются затруднением акта жевания, чувством жжения, болью в суставах, плохим общим самочувствием. При локализации в полости рта, на половых органах эритему надо дифференцировать от болезни Дюринга, пузырчатки, вторичного сифилиса.

Лечение. Постельный режим, внутрь — ацетилсалициловая кислота по 0,5 г 3 раза в день; пенициллин, экмоновоциллин в/м по 600 000 ЕД в сутки. Местно — примочки из 2 % раствора резорцина, риванола (1 : 1000), цинковое масло. При поражении полости рта — полоскание растворами перманганата калия 1 : 5000, питьевой соды, борной кислоты.

ЭРИТРАЗМА. Заболевание, вызываемое коринебактерией; относится к псевдомикозам. Малоконтагиозно, возникает чаще у взрослых мужчин, почти исключительно на внутренней поверхности бедер, симметрично, в участках, прилегающих к мошонке.

Симптомы. Обычно очаг желтовато-коричневого или розового цвета, с четкими, иногда полицикличными контурами и мелким отрубевидным шелушением на поверхности. Поблизости от основного очага иногда возникают дочерние очаги, значительно меньших размеров. Более редкая локализация — в подмышечных впадинах, в межпальцевых складках, на волосистой части головы. Без лечения заболевание длится долго, склонно к рецидивам.

Лечение. Внутрь — эритромицин в течение 2 нед по 0,2 г 4 раза в день. Местно — 2 % настойка йода, 5 % эритромициновая мазь, 2—5 % салициловый спирт, 5 % борная пудра.

ЯЗВЫ ВАРИКОЗНЫЕ. Распространенное заболевание, характеризующееся дефектом кожи, чаще всего в области нижних конечностей, с упорным течением, трудно поддающееся заживлению. Возникает вследствие нейротрофических расстройств в нижних конечностях на почве варикозного расширения вен, тромбофлебитов, эндартериитов, повреждений периферических нервов.

Симптомы. Чаще язвы располагаются на внутренней стороне нижней трети голени, иногда занимают половину или почти всю голень (бывают как одиночные, так и множественные язвы). Обычно они сухие, но иногда покрываются сочными стекловидными бледно-розовыми или розовато-багровыми грануляциями. Из трофических язв выделяется светлый, водянистый сукровичный, чаще зловонный, гной, раздражающий по окружности кожу. Дно язвы в большинстве случаев покрыто сероватым слоем некротических масс, иногда с зеленоватым оттенком; края ровные или неправильной формы, плоские, отлогие, подрытые, мягкие или плотные, мозолистые. Кожа вокруг язвы истончена, атрофирована, пигментирована, имеет синевато-коричневый цвет; при этом соседние участки кожи вследствие рубцового процесса в глубине тканей втягиваются или в результате отека и разрыхления глубжележащих тканей поднимаются над язвой. Нередко от раздражения выделениями кожа краснеет, мацерируется, изъязвляется. Вследствие расстройства кровообращения отек голени при варикозной язве бывает столь резким и стойким, что при длительном его существовании имеет вид слоновости. В результате раздражения в области язвы, а также в соседних отделах кожи возникает зуд, иногда очень интенсивный, плохо поддающийся лечению. Боль имеет различную степень выраженности.

Распознавание варикозных язв конечностей затруднений не представляет. При дифференциальной диагностике нужно исключить язвы голени, возникшие на почве сифилиса и туберкулеза, а также трофические язвы.

Лечение. Общее — внутрь поливитамины, ангиотрофин (1 мл в/м), экстракт алоэ в/м, при болях — анальгетики. Местно — примочки (риванолевые, резорциновые, фурацилиновые), аппликации с маслом шиповника, бальзамом Шостаковского, соком алоэ, соком каланхоэ, облепиховым маслом. В последние годы применяется лазеротерапия.

ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

СИФИЛИС. Возбудитель — бледная трепонема Шаудинна—Гоффманна. Ее легко обнаружить во всех сифилитических проявлениях на коже и слизистых оболочках в так называемый заразный период сифилиса; она обнаруживается также в лимфатических узлах, слюне, крови, эякуляте и других средах. При высыхании (т. е. вне организма) трепонема сравнительно быстро теряет свои вирулентные свойства и погибает.

Источником распространения является больной человек, при этом основной путь заражения — непосредственный контакт — половое сношение, поцелуи. Возможны также внеполовой сифилис (врожденный, бытовой) и некоторые другие формы. Эти формы в СССР в результате значительного повышения культуры и благосостояния народа, улучшения охраны здоровья трудящихся практически можно считать ликвидированными.

Симптомы и течение. Бледная трепонема, проникнув в так называемые ворота инфекции (микротравмы на половых органах), начинает быстро адаптироваться и довольно активно размножаться; отсюда по лимфатическим сосудам она проникает в близлежащие регионарные лимфатические узлы, а затем и в общий кровоток. Через 3—4 нед и реже несколько позже (инкубационный период) на месте вхождения инфекции появляется самый

ранний первый клинический признак — твердый шанкр. Обычно это розоватого цвета, безболезненная, часто правильно округлых очертаний ссадина или язва с плотным в основании инфильтратом. С момента появления твердого шанкра начинается первичный период сифилиса, продолжительность которого варьирует обычно от 40 до 50 дней. Вскоре после развития твердого шанкра увеличиваются регионарные лимфатические узлы (регионарный аденит). Спустя некоторое время больные могут предъявлять жалобы на недомогание, усталость, умеренную головную боль, бессонницу, боль в суставах, особенно по ночам, и др. Как правило, серологические реакции на сифилис у больных в первой половине первичного периода бывают еще отрицательными (первичный серонегативный сифилис). При этой стадии болезни раннее лечение дает наиболее выраженный эффект. Диагноз в этой стадии может быть установлен на основании изучения полового анамнеза, возможного выявления источника заражения и обязательного нахождения бледных трепонем в соскобе эрозии (язвы) или пунктате регионарных лимфатических узлов. Однако начиная со второй половины первичного периода, точнее через 20—25 дней после выявления твердого шанкра (и соответственно через $1^1/_2$—2 мес после заражения), серологические реакции становятся положительными (первичный серопозитивный сифилис).

При отсутствии лечения процесс прогрессирует и наступает вторичный период сифилиса. Начало этого периода знаменуется появлением на коже и слизистых оболочках различных по клинической картине высыпаний (вторичный свежий сифилис). Важно знать, что даже без лечения указанные высыпания рано или поздно полностью и обычно без следа исчезают (вторичный скрытый период). Однако исчезновение сыпи ни в коем случае не означает выздоровление, ибо заболевание обязательно вскоре проявится новой вспышкой высыпаний (вторичный рецидивный сифилис).

Весь вторичный период сифилиса, таким образом, протекает как бы циклически, т. е. сменой активных стадий (наличие высыпаний на коже) латентными. На протяжении всего срока вторичного периода (до 5—6 лет) у одного и того же больного может быть несколько подобных рецидивов. Лечение этих уже запущенных форм по сравнению с ранним сифилисом более продолжительное, а в прогностическом отношении менее благоприятное. Если больной и в этой стадии не будет лечиться или будет лечиться неаккуратно, то сифилис переходит в свой третичный период.

Ниже представлены основные клинические особенности каждого периода сифилиса.

Первичный сифилис. Твердый шанкр (ссадина или язва, обычно единичная, реже их 3—4 и более) — безболезненный, мясо-красного цвета, с чистой, гладкой, как бы лакированной поверхностью. Обычно не кровоточит, не гноится. В основании эрозии или язвы определяется инфильтрат (пальпаторно) в виде плотноэластического образования. В зависимости от локализации, иммунобиологической реактивности и других факторов различают типичные шанкры округлых или овальных очертаний, величиной с ноготь пальца, а также карликовый и гигантский (часто в области лобка, живота), воронкообразный (в окружности устья мочеиспускательного канала), шанкр-панариций (в области конечных фаланг кистей, обычно при профессиональном заражении), шанкр-амигдалит (при локализации на миндалинах), индуративный отек (часто при локализации на крайней плоти, половых губах), гангренозный (при глубоком язвенно-гнойном распаде шанкра) и др. Несмотря на типичную картину шанкра, диагноз основывается главным образом на нахождении в соскобе с его поверхности (лимфе) бледных трепонем. Иногда это сразу не удается, особенно если больной до этого смазывал шанкр антисептическими мазями, присыпал каким-либо порошком, обрабатывал раствором перманганата калия и т. д. или шанкр осложнен вторичной пиококковой флорой. В таких случаях рекомендуются повторные исследования после наложения примочек из изотонического раствора хлорида натрия.

Вскоре после формирования твердого шанкра начинают увеличиваться лимфатические узлы. Они не спаиваются между собой, имеют плотноэластическую консистенцию, безболезненны, не нагнаиваются, кожа над ними обычно не воспаляется. При локализации шанкра на половых органах развивается паховый лимфаденит, при локализации на губе — лимфаденит подчелюстных узлов, при локализации на пальцах рук — локтевых, на соске молочной железы — подмышечных лимфатических узлов и т. д. При подозрении на сифилис и отсутствии бледных трепонем в соскобе шанкра они могут быть легко обнаружены в пунктате указанных лимфатических узлов.

Вторичный сифилис. Высыпные элементы в этом периоде характеризуются значительным полиморфизмом. На коже туловища, лица и реже конечностей, а также слизистых оболочках полости рта, половых органов появляются розеолы, папулы, пустулы, лейкодерма, а при злокачественном течении — даже язвы.

Розеолы — пятнистые высыпания, множественные, бледно-розового цвета, величиной до ногтя мизинца, субъективно не беспокоящие больного. Они не шелушатся, при надавливании исчезают, но быстро появляются вновь (свидетельство сосудистого происхождения). При вторичном свежем периоде розеолезная сыпь обильна, разбросана на большие участки тела и не сливается, а при вторичном рецидивном — более крупная, но чаще скудная, с тенденцией к слиянию и группировке с образованием дуг, полуколец, колец и т. д.

Папулы — узелки различной величины и очертаний, несколько возвышающиеся над уровнем кожи, умеренно плотноватые на ощупь. Субъективных ощущений они также не вызывают. В процессе инволюции они обычно рассасываются, оставляя после себя едва заметные скоропроходящее шелушение и пигментацию. Они появляются на любом участке кожи и слизистых оболочек, но особенно часто на туловище, лице, половых органах, полости

рта. Особую опасность представляют так называемые мокнущие папулы половых органов (возникают при потливости и несоблюдении личной гигиены у некоторых женщин в области половых органов, вокруг заднего прохода, иногда под молочными железами и т. д.), а также слизистых оболочек плости рта (возможность бытового заражения здоровых членов семьи).

Пустулезная (гнойничковая) сыпь и лейкодерма (белесоватые пятна, образующие как бы кружевной воротник на шее — «ожерелье Венеры» — и в меньшем количестве отмечающиеся на верхней трети туловища) — показатели более поздних рецидивов и более злокачественного течения сифилитической инфекции. В этих случаях иногда отмечается и сифилитическое (мелкоочаговое) выпадение волос (волосяной покров головы напоминает мех, изъеденный молью).

Третичный сифилис. Наиболее ранний срок перехода нелеченого сифилиса в третичный период — 5—6-й год после инфицирования. Он характеризуется появлением высыпаний, исходящих уже из более глубоких слоев кожи и подкожного жирового слоя, а именно узлов — поверхностных бугорков и более глубоких гумм. Первые обычно группируются на тех или иных участках кожи в виде дуг, колец, гирлянд; в процессе эволюции они распадаются с последующим образованием типичных рубцов, характеризующихся пестротой и причудливостью рисунка. При распаде гумм образуются более глубокие язвенные дефекты, которые затем завершаются формированием грубых, как бы втянутых рубцов. Гуммы, кроме кожи и подкожного жирового слоя, могут возникать практически в любом органе (мозг, аорта, печень и др.). У нелеченых больных третичным сифилисом возможно развитие в последующем таких тяжелых поражений, как спинная сухотка и прогрессивный паралич.

Врожденный сифилис. При отсутствии или неполноценности лечения сифилис может быть передан потомству, причем только матерью. Мужчина заражает женщину или до, или во время беременности, и потом уже больная сифилисом женщина заражает плод. Чаще всего заразившийся внутриутробно плод погибает еще в утробе беременной матери. Происходит выкидыш обычно на IV—V месяце или наступают преждевременные роды на VII—VIII месяце, причем ребенок рождается мертвым, иногда с выраженными явлениями разложения. Реже ребенок рождается живым, но недостаточно жизнеспособным и вскоре умирает. В зависимости от давности заболевания матери у родившихся в срок детей имеются или отсутствуют вначале признаки врожденного сифилиса, однако и в последнем случае он все же проявится, но несколько позже. В связи с этим различают ранний и поздний врожденный сифилис.

Ранний врожденный сифилис. Первые признаки раннего врожденного сифилиса могут проявиться уже через месяц после рождения ребенка. К ним относятся: сморщенное лицо, глубоко запавшие глаза («дети-старички»), болезненные костные дистрофии, в связи с которыми дети много плачут. На коже и ее складках появляются множественные пятнистые узелковые пустулезные и буллезные высыпания. Типичным является наличие на губах и вокруг рта (в результате почти постоянного плача и раздражения слюной) болезненных трещин, которые обычно заживают нежными рубцами белесовато-перламутрового оттенка, остающимися на многие годы. Кроме кожи, высыпания появляются и на слизистых оболочках; особенно большие беспокойства они причиняют при поражении слизистой оболочки носа. Возникают симптомы так называемого сифилитического насморка, ребенку трудно дышать через нос, он плохо берет грудь. При отсутствии лечения процесс переходит на хрящи носа, приводя в конечном итоге к их разрушению («седловидный нос»). В патологический процесс вовлекается костная ткань; в результате нарушения процесса костеобразования наблюдаются надломы и переломы длинных трубчатых костей. Из-за сильной боли ребенок не может шевелить ножками, лежит неподвижно. Поражаются и другие кости, в частности черепа, особенно лобные: они заметно выступают, оставляя в середине лба как бы впадину («ягодицеобразный череп»). Нередко развивается водянка головы, приводящая в свою очередь к тяжелому психическому заболеванию.

Поздний врожденный сифилис. Первые симптомы проявляются у детей 5—6 лет, чаще всего в периоде полового созревания. Наиболее типичные признаки — деформации костей голени, выражающиеся в утолщении с искривлением их выпуклостью вперед («саблевидные голени»). Наблюдаются прободение твердого неба, разрушение костей черепа, дистрофия зубов: полулунные выемки верхних постоянных зубов, особенно обоих передних резцов, и некоторое закругление с боков («бочкообразные зубы»). Часто отмечаются заболевания глаз (паренхиматозный кератит) и органов слуха — глухота. Указанная выше триада симптомов (дистрофия зубов, кератит и глухота) является весьма патогномоничным признаком позднего третичного сифилиса. Кроме того, характерны общие дистрофии, слабоумие, судорожные припадки и даже параличи. В случае отсутствия и даже неполноценности лечения женщины, имеющие поздний врожденный сифилис, могут передать инфекцию своему потомству, т. е. уже второму поколению.

Диагностика сифилиса складывается из учета анамнеза, данных клинического обследования и лабораторного исследования (обнаружение бледной трепонемы в первичном и вторичном периодах, серологические реакции Вассермана, Кана, Закса—Витебского, реакции иммобилизации бледных трепонем — РИБТ и др.).

Лечение. Больных с активными проявлениями сифилиса лечат, как правило, в условиях специализированного венерологического стационара, а больные латентным сифилисом могут лечиться амбулаторно у венеролога. Терапию проводят строго по утвержденным Министерством здравоохранения СССР специальным схемам лечения больных сифилисом.

Отклонения от рекомендованных схем без должных на то оснований недопустимы. Методики применения всех противосифилитических препаратов, а также разовые, суточные, курсовые и суммарные дозы в зависимости от стадии заболевания, возраста, массы больного и других показателей изложены в «Схемах лечения больных сифилисом», имеющихся во всех лечебно-профилактических учреждениях страны.

ГОНОРЕЯ — высококонтагиозное инфекционное заболевание, вызываемое гонококком Нейссера. Основной путь заражения — половой. В редких случаях возможно бытовое заражение через предметы, бывшие в употреблении больных (постельное белье, ночные горшки, мочалки, губки, бужи, влагалищные зеркала и т. д.). Различают острую и хроническую гонорею.

Острая гонорея. Процесс начинается с зуда в мочеиспускательном канале, переходящего в резь (особенно при мочеиспускании) и выделении жидкого гноя желтовато-зеленоватого оттенка. Одновременно у мужчин отмечаются гиперемия и отечность наружного отверстия мочеиспускательного канала (передний гонорейный уретрит). При этой начальной стадии если собрать мочу больного последовательно в два стакана, то мутной окажется только первая ее порция, а моча во втором стакане будет чистой, без примеси гноя (двухстаканная проба). При отсутствии лечения, употреблении алкоголя, физических, особенно спортивных нагрузках, процесс с передней уретры переходит на заднюю уретру и развивается переднезадний, т. е. тотальный, гонорейный уретрит; в этой стадии моча при двухстаканной пробе будет мутной в обоих стаканах.

Хроническая гонорея. Заболевание по сравнению с острой гонореей протекает более спокойно, вяло, гнойные выделения обычно скудные (иногда 1—2 капли); слабее выражены также субъективные признаки — зуд в уретре и резь при мочеиспускании. Однако больные, так же как и при острой гонорее, являются весьма заразными. При отсутствии лечения или нарушении режима гонорея дает ряд осложнений: эпидермит (поражение придатков яичка), простатит (воспаление простаты), везикулит (воспаление семенных пузырьков), а также суставов, сужение мочеиспускательного канала и др. Нередко бесплодие у женщин и мужчин связано с перенесенной ранее и недостаточно леченной гонореей.

Лечение. Применяют в основном антибиотики (пенициллин, бициллин, олететрин, эритромицин и др.) по специальным схемам лечения гонореи. По соответствующим показаниям проводят также иммунотерапию (гоновакцина), физиотерапию и обязательно местное лечение (инстилляция в уретру 0,25—0,5 % раствора ляписа, промывание уретры раствором перманганата калия — 1 : 5000, оксицианида ртути — 1 : 6000, бужирование и др.). Важное значение имеет строгое соблюдение назначенного больному режима (исключение из диеты острых блюд, алкогольных напитков, а также физических нагрузок и, разумеется, воздержание от половых сношений).

ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ. Отправными пунктами организации борьбы с венерическими болезнями в СССР являются: 1) обязательный поименной учет всех больных (заполнение формы № 281; 2) обязательная (в течение 24 ч) госпитализация всех больных заразными формами сифилиса; 3) обязательное срочное обследование и лечение лиц, являющихся источником инфекции, а при необходимости и лиц, бывших в контактах с больным; 4) обеспечение по месту жительства амбулаторного лечения всех больных и контроль за аккуратностью лечения; 5) проведение соответствующих профилактических мероприятий в отношении врожденного сифилиса, в частности обязательное 100 % серологическое обследование всех беременных в первой и второй половине беременности; 6) клинико-серологическое обследование детей, поступающих в детские дома, интернаты, а также регулярный (один раз в 3 мес) осмотр персонала детских учреждений. Дети, болевшие заразными формами сифилиса, могут быть допущены в детские учреждения только после двух полноценных курсов специфического лечения, при условии систематического врачебного контроля; 7) проведение санитарно-просветительной пропаганды среди населения.

Большое значение придается и мерам личной профилактики, в том числе осуществляемой в пунктах первой скорой противовенерической помощи, работающих в ночное время. Важно знать, что чем раньше после подозрительного полового сношения оказана первая противовенерическая помощь, тем больше вероятность остаться здоровым. В этих пунктах посетителям проводятся следующие мероприятия.

Мужчина: 1) мочится; 2) моет руки; 3) обмывает теплой водой с мылом половые органы, промежность, лобок, внутренние поверхности бедер и обтирает сухим полотенцем. Ему производят следующие манипуляции: 1) обмывают головку, крайнюю плоть и окружающие части ватным тампоном, смоченным 1 % раствором дихлорида ртути (сулемы); 2) промывают переднюю (и по возможности заднюю) уретру раствором перманганата калия 1 : 5000; 3) половой член обертывают марлей, пропитанной раствором оксицианида ртути 1 : 2000 и хорошо отжатой. По приходе домой мужчина должен надеть чистое белье и лишь тогда удалить марлю. При наличии эрозий, ссадин, надрывов и других изменений на коже в области половых органов мужчина должен быть направлен к врачу для наблюдения.

Женщина: 1) мочится; 2) моет руки; 3) обмывает теплой водой с мылом половые органы, промежность, лобок, внутренние поверхности бедер и вытирает сухим полотенцем; 4) обмывает половые органы и окружающие участки тела ватным тампоном, смоченным в 1 % растворе дихлорида ртути (сулемы). Женщине производят следующие мероприятия: 1) спринцуют влагалище 2 л раствора дихлорида ртути 1 : 5000; 2) смазывают через зеркало шейку матки и влагалища 2 % раствором ляписа; 3) промывают уретру раствором перманганата

калия 1 : 5000; 4) осуществляют инстилляцию уретры 1 % раствором ляписа; 5) смазывают 2 % раствором ляписа складки вокруг мочеиспускательного канала, крипт, клитора и области большой железы преддверия (бартолиновых желез).

Законодательные мероприятия. В целях усиления борьбы с распространением венерических заболеваний Президиум Верховного Совета СССР Указом от 1 октября 1971 г. № 2184 — VIII постановил:

1. Установить, что уклонение от лечения венерических болезней, продолжаемое после предупреждения, сделанного органами здравоохранения, наказывается лишением свободы на срок от 2 лет или исправительными работами на срок до 1 года, или штрафом до 100 р.

Заведомое поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью наказывается лишением свободы на срок до 2 лет или исправительными работами на срок до 1 года, или штрафом до 100 р.

Заражение другого лица венерической болезнью знавшим о наличии у него этой болезни наказывается лишением свободы на срок до 3 лет или исправительными работами на срок до 1 года.

Действия, предусмотренные частью третьей настоящей статьи, совершенные лицом, ранее судимым за заражение венерической болезнью другого лица, а равно заражение 2 и более лиц либо несовершеннолетнего наказывается лишением свободы на срок до 5 лет.

Глава 14

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ, ЛЕЧЕБНЫЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

Уход за больным — это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и восстановление сил больного и создание для него условий и обстановки, способствующих благоприятному течению болезни, предотвращению осложнений и более быстрому выздоровлению. Он включает гигиеническое содержание помещения, в котором находится больной, поддержание надлежащего гигиенического состояния самого больного, устройство и оборудование удобной постели, заботу о чистоте ее и одежды больного, организацию питания больного, оказание ему помощи при приеме пищи, при туалете, физиологических отправлениях и разного рода болезненных состояниях, возникающих в процессе болезни (рвота, задержка мочи, стула, газов и т. д.).

Непосредственное отношение к уходу имеет четкое и своевременное выполнение всех предписанных больному медицинских процедур и лекарственных назначений, а также непрерывное наблюдение за состоянием больного, которое обязаны во время дежурства осуществлять фельдшер и медицинская сестра, особенно в отсутствии врача.

Весь уход за больным строится на принципах охранительного режима, оберегающего и охраняющего психику больного. Устранение всякого рода раздражителей, отрицательных эмоций, обеспечение тишины, покоя, создание обстановки уюта, ласкового и чуткого отношения к больному способствуют поддержанию у него бодрого настроения, уверенности в выздоровлении и благополучном исходе болезни.

Требуя от больного неуклонного соблюдения установленного в лечебном учреждении порядка и точного выполнения предписанного ему врачом режима, фельдшер и медицинская сестра должны понять и изучить особенности характера каждого больного и помнить, что под влиянием болезни психика его часто подвергается значительной перестройке: изменяется реакция больного на окружающее, нередко он становится раздражительным, капризным и т. п. Для того чтобы найти правильный путь к установлению должного контакта с больным, заслужить его доверие и тем самым поддержать в нем уверенность в благополучном исходе заболевания и успехе лечения, ухаживающий должен обладать неистощимым терпением, чувством такта, при выполнении своих обязанностей быть предельно собранным, дисциплинированным и внимательным. От морального облика фельдшера и медицинской сестры неотделим и их внешний вид. Безукоризненно чистый, накрахмаленный и выглаженный халат, аккуратно подобранные под косынку или колпак волосы, чистые с коротко подстриженными ногтями руки, скромность и умеренность в употреблении косметики и ношении всякого рода украшений как бы подчеркивают их дисциплинированность, внутреннюю собранность и подтянутость. Во многих лечебных учреждениях для среднего медицинского персонала установлена специальная форма одежды.

Уход за больными разделяют на общий и специальный. Целый ряд мероприятий по уходу, как, например, элементы, касающиеся личной гигиены больного, гигиенического содержания его постели, белья, помещения, являются общими для всех групп больных — терапевтических, хирургических, неврологических, гинекологических и т. д. Однако в каждой из названных групп уход имеет и свои особенности, свою специфику. Особые трудности возникают при уходе за тяжелобольными.

ОБЩИЙ УХОД

ПЕРЕНОСКА, ПЕРЕКЛАДЫВАНИЕ БОЛЬНОГО, УСТРОЙСТВО ПОСТЕЛИ. Если больной не может идти самостоятельно, его доставляют в палату в кресле-каталке в положении сидя или лежа на носилках, установленных на специальной каталке, или его переносят санитары на руках. С каталки или носилок больного переносят на кровать обычно вдвоем, если же масса тела его очень велика, прибегают к помощи третьего человека. Первый ухаживающий одной рукой поддерживает голову и шею больного, другую руку подводит под спину на уровне лопаток; второй ухаживающий поддерживает поясницу и бедра. В зависимости от обстановки (размер палаты, возможность подойти к кровати с той или иной стороны и пр.) каталку или носилки с больным можно поставить под прямым углом к кровати,

параллельно или в одну линию с ней и т. д., определив, в какую сторону должно быть обращено изголовье носилок.

Переложить больного может и один человек, подведя правую руку под его бедра, а левой обхватив больного на уровне лопаток. Переноска облегчается, если больной в состоянии своей рукой обхватить шею ухаживающего. Если состояние больного позволяет, можно разрешить ему самостоятельно переместиться с носилок на кровать. В этом случае санитары подносят носилки с больным вплотную к кровати.

Положение больного в постели может быть активным, когда он садится, встает с постели и меняет положение в ней самостоятельно, и пассивным, когда двигаться и менять положение в постели он самостоятельно не может. При пассивном положении больного в постели ухаживающий должен обеспечить такое положение, которое наиболее удобно больному и облегчает течение физиологических процессов, нарушенных болезнью. Так, для облегчения дыхания и работы сердца при пневмонии, плеврите, сердечной недостаточности, асците целесообразно так называемое возвышенное или полусидячее положение, при котором голова и плечи больного или вся верхняя половина его туловища приподняты. Для придания больному такого положения используют различные приспособления — подголовники, которые подкладывают под головную часть матраца. Если возможно, тяжелобольных укладывают на так называемые функциональные кровати, которые позволяют придать больному любое нужное и удобное для него положение.

СМЕНА БЕЛЬЯ. При необходимости сменить больному простыню удобнее всего временно переложить его на кушетку, каталку или другую кровать. Если по каким-либо причинам этого сделать нельзя, белье меняют следующим образом. Приподнимая поочередно голени, бедра и таз больного, подлежащую замене простыню скатывают от ножного конца матраца в виде валика. Чистую простыню, предварительно также скатанную в поперечном направлении валиком, кладут поперек матраца у его ножного конца и, снова приподнимая голени, бедра и таз больного, развертывают этот валик, застилая чистой простыней матрац под нижней половиной тела больного. Затем один из ухаживающих приподнимает голову и грудь больного, а второй убирает из-под него грязную простыню и, раскатывая дальше валик чистой простыни, застилает ею верхнюю половину постели.

Если больному разрешается поворачиваться на бок, можно применять другой способ: осторожно приподняв голову больного, убирают подушки и помогают ему повернуться на бок, так, чтобы он по возможности лежал ближе к краю кровати. На освободившейся половине кровати скатывают валиком в продольном направлении грязную простыню и застилают эту половину постели чистой простыней, предварительно также скатанной в валик. После этого больному помогают лечь на спину, а затем повернуться на другой бок, лицом к противоположному краю кровати. Грязную простыню убирают, чистую расправляют на второй половине постели — за спиной больного.

Чтобы сменить рубашку, приподнимают и поддерживают голову и верхнюю часть туловища больного, собирают рубашку на спине в направлении к шее и затылку и снимают ее через голову. Затем, положив голову больного на подушку, освобождают из рукавов руки.

ГИГИЕНА БОЛЬНОГО. Уход за кожей. Не реже одного раза в неделю больному, если позволяет его состояние, назначают гигиеническую ванну или душ. Противопоказаниями к применению гигиенической ванны или душа являются некоторые кожные заболевания (экзема, аллергическая сыпь и др.), кровотечения (маточные, геморроидальные и др.), выраженное истощение, адинамия. Абсолютным противопоказанием считаются такие заболевания, когда больному требуется полный покой (инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность II—III степени и другие тяжелые заболевания — хирургические, неврологические и др.).

Если больной ослаблен и ванна или душ ему противопоказаны, обтирают тело теплой водой при помощи губки. Поочередно обтирают лицо, шею, грудь, руки. Обработанные участки тела вытирают насухо полотенцем, накрывают простыней или одеялом во избежание переохлаждения, а затем обрабатывают нижнюю половину туловища, ноги. Особое внимание при обработке уделяют подмышечным впадинам, паховым складкам, межпальцевым складкам на ногах, складкам кожи под молочными железами у женщин, так как именно в этих местах, особенно у тучных, полных, склонных к повышенной потливости людей, развиваются опрелости, кожа мацерируется, разрыхляется, становится легко проницаемой для микробов. Ежедневного обмывания требует кожа в области промежности, половых органов, заднего прохода. Обмывание обычно производят при помощи кружки Эсмарха, снабженной резиновой трубкой и наконечником, применяемым для влагалищных спринцеваний. Подложив под больного судно, струю воды или слабого раствора перманганата калия направляют на промежность и ватным тампоном, зажатым корнцангом или длинным пинцетом, обрабатывают кожу промежности, производя движения тампоном в направлении от половых органов к заднему проходу. Сухим тампоном вытирают промежность и область заднего прохода насухо.

У ослабленных и пожилых больных, вынужденных долгое время лежать в одном положении (например, на спине), могут образоваться пролежни. Чаще всего они возникают в области крестца, пяток, лопаток, большого вертела бедра и т. п.

Жесткая постель, неровности на матраце, складки и рубцы на простыне и белье, мацерация и раздражение кожи способствуют возникновению пролежней. Таким образом, плохой уход за больным имеет самое прямое отношение к возникновению пролежней.

Помимо строгого соблюдения правил, касающихся содержания кожи в надлежащей

чистоте, для предупреждения пролежней места, где они чаще всего образуются, нужно 1—2 раза в день протирать камфорным спиртом и припудривать тальком. Если нет противопоказаний, тяжелобольного следует несколько раз в сутки поворачивать со спины то на один бок, то на другой. Первые признаки появления пролежня — покраснение и болезненность. Для устранения давления на этот участок кожи больному следует подкладывать надувной резиновый круг. Покрасневшее место 1—2 раза в сутки смазывают 5 % раствором перманганата калия. Лечение уже развившегося пролежня составляет трудную задачу. Оно требует как местных, так и общих средств и проводится по назначению врача.

Уход за полостью рта у тяжелобольного имеет важное значение, так как остатки пищи, слизь и слущивающийся эпителий создают среду, благоприятную для развития патогенных микробов, которые могут в ослабленном организме больного вызвать тяжелые осложнения (например, паротит).

Если состояние больного позволяет, он должен полоскать рот слабым раствором перманганата калия утром, после каждого приема пищи и на ночь, перед сном.

Тяжелобольной не только не в состоянии пользоваться зубной щеткой, но часто не способен даже прополоскать рот. Уход за полостью рта в таких случаях состоит в ежедневном протирании полости рта и ее орошении, производимых медицинской сестрой. Зубы протирают ежедневно утром. Зажатым в пинцет ватным тампоном, смоченным в растворе гидрокарбоната натрия (чайная ложка на стакан воды), поочередно протирают все зубы с внутренней и наружной стороны, для удобства оттесняя и оттягивая шпателем щеку. После обработки зубов слизистую оболочку десен, щек и язык надо смазать смесью глицерина и красного вина (в равных частях), особенно у лихорадящих больных, у которых постоянно сохнет во рту. Полость рта можно обрабатывать и пальцем, навернув на него небольшую марлевую салфетку и применяя те же растворы.

Промывание полости рта — более грубая процедура, чем протирание, и опасность занесения инфекции в околоушную железу более вероятна. Промывание производят обычно шприцем или резиновым баллоном (при их отсутствии можно использовать кружку Эсмарха с резиновой трубкой и пластмассовым наконечником). При этом применяют гидрокарбонат натрия (1 чайная ложка на стакан теплой кипяченой воды), хлорид натрия (0,9 %), перекись водорода (0,5 %), перманганат калия (1 : 10 000), буру (2—5 %) и др.

Промывание обычно производят при отравлении различными ядами и кислотами. Больного усаживают или придают ему полусидячее положение с несколько наклоненной верхней половиной туловища и головой (так же как при промывании желудка). Закрывая грудь клеенчатым фартуком, подставляют лоток под подбородок, затем, оттянув угол рта шпателем, с умеренным давлением подводят струю раствора в полость рта.

Уход за ушами. Необходимо ежедневно промывать ушную раковину теплой водой с мылом. Для удаления серы в наружный слуховой проход закапывают 5—10 капель 3 % раствора перекиси водорода, а затем протирают ушную раковину теплым ватным тампоном; при закапывании перекиси в левое ухо голову необходимо повернуть вправо, и наоборот. При протирании ушной раковины и закапывании в ухо лекарств необходимо ушную раковину оттянуть кзади и вверх. Категорически запрещается для удаления серы вводить в наружный слуховой проход острые предметы, так как при этом можно повредить барабанную перепонку или стенку наружного слухового прохода.

Уход за глазами. При гнойных и других выделениях (особенно у детей) необходимо осторожно промывать глаза ватным тампоном, смоченным 2 % раствором борной кислоты, размягчить и осторожно удалить образовавшиеся корочки. Обычно глаза промывают утром и вечером тампоном из ваты или мягкой (марлевой) салфеткой, смоченными кипяченой водой.

Уход за носом. Большое значение уход за носом имеет у тяжелобольных, особенно при легочных заболеваниях (эмфизема легких, пневмосклероз, хронический бронхит), и у детей, главным образом грудного возраста. У взрослых выделения из полости носа, а также корочки нарушают носовое дыхание. Для восстановления нормального дыхания нужно удалить корки из носа путем введения масел (вазелинового и др.) или глицерина.

ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ. В обязанности фельдшера и медицинской сестры при отсутствии в лечебном учреждении специальной должности сестры-диетолога входит составление ежедневного порционного требования для всех больных. Старшая медицинская сестра отделения или больницы суммирует поданные порционные требования и за подписью заведующего отделением передает их на больничную кухню.

В условиях сельских и участковых больниц фельдшер сам составляет порционное требование и за подписью врача, а на фельдшерском участке — за своей подписью сдает на больничную кухню. При отсутствии должности сестры-диетолога фельдшер или медицинская сестра должны следить за получением и качеством продуктов, закладкой и приготовлением пищи, доставкой ее в отделение и раздачей ее больным. Готовую пищу отпускают только с разрешения дежурного фельдшера или медицинской сестры. Чтобы не допустить пищевых отравлений, от пищевых блюд в течение суток оставляют порцию пищи для исследования.

Доставляют пищу возможно быстрее, так как подогрев и кипячение снижают содержание в пище витаминов и других питательных веществ.

Если больному не разрешается ходить, фельдшер или медицинская сестра помогают ему сесть на кровати, опустив ноги, и придвигают к нему прикроватный столик. Если больной не может сидеть, его кормят в постели, придавая ему возвышенное или полусидячее

положение. Грудь и шею закрывают салфеткой, прикроватный столик надвигают над кроватью. При необходимости фельдшер или медицинская сестра кормят больного с ложки. Жидкую пищу (кисель, протертые супы, молоко, кофе) удобно давать в поильнике.

У больных, находящихся в бессознательном состоянии, при отказе от приема пищи при нарушениях психики, при тяжелых поражениях слизистой оболочки рта и т. д. применяют искусственное питание.

Искусственное кормление осуществляется при помощи тонкого резинового зонда и присоединенной к нему стеклянной воронки. Смазанный глицерином или вазелиновым маслом закругленный конец зонда вводят в нижний носовой ход приблизительно на 15 см, затем, нащупав пальцем в носоглотке конец зонда, слегка прижимают его к задней стенке глотки, а другой рукой продвигают зонд вперед. Попадание зонда в трахею, как правило, дает о себе знать рефлекторным кашлем, однако при бессознательном состоянии больного рефлексы могут быть снижены и кашель не возникает. Чтобы убедиться, что зонд не попал в трахею, к наружному концу его следует поднести обрывок папиросной бумаги или пушинку и присмотреться — не колышется ли она при дыхании. Для того чтобы зонд находился в желудке, нужно продвинуть его на 40—45 см (соответствующую отметку на зонде делают заранее). Введя зонд, небольшими порциями вливают в воронку приготовленную заранее и подогретую пищу — бульон, сливки, сырые яйца, молоко, кисель. Заканчивают кормление введением через зонд жидкости — чая, морса, настоя шиповника. По окончании кормления воронку снимают, а зонд оставляют введенным на весь период искусственного кормления. Чтобы оставшийся наружный конец зонда не мешал больному, полоской липкого пластыря его фиксируют к коже щеки или височной области.

При наличии желудочного свища зонд вводят в желудок через свищ. После каждого кормления кожу вокруг свища смазывают пастой Лассара.

Для искусственного питания применяют также и питательные клизмы из 5 % раствора глюкозы, 4—5 % раствора спирта или аминопептида, содержащего аминокислоты. У обезвоженных больных с помощью клизмы вводят изотонический раствор хлорида натрия, восполняя тем самым в организме дефицит жидкости. Все эти растворы вводят или единовременно по 100—150 мл 3—4 раза в день, или капельным путем (2—3 л жидкости в сутки).

Питательные вещества можно вводить больному парентерально (под кожу или в/в). Чаще всего применяют капельный способ введения. Для борьбы с обезвоживанием вливают изотонический раствор хлорида натрия, для пополнения дефицита белка — сухую и нативную плазму, белковый гидролизат, аминокровин, фибриносол, кровь и др.

Основные виды диеты. Диета № 1 способствует нормализации состояния желудка при различных деструктивных, воспалительных и секреторно-моторных расстройствах его деятельности. Применяют при гастритах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Диета предусматривает ограничение механических, химических и термических раздражителей рецепторного аппарата желудка (максимально — диета № 1а, значительное — диета № 1б или умеренное — диета № 1 в зависимости от состояния больного); ограничение пищи, долго задерживающейся в желудке; физиологические нормы пищевых веществ, определяемые в зависимости от режима физической активности, устанавливаемого лечащим врачом; увеличение содержания основных витаминов втрое по сравнению с физиологической нормой, за исключением витамина PP (14—15 мг). Частота приема пищи — не менее 5—6 раз в течение дня. Особенности кулинарной обработки пищи: измельчение, пюрирование, деэкстрагирование (варка в воде или на пару) мяса, рыбы, овощей, исключение мясных, рыбных, овощных наваров, жарения и пассеровки; ограничение хлорида натрия до 8 г/сут.

Курс лечебного питания начинают с диеты № 1а, ее назначают не более чем на 10—12 дней. Диету № 1б назначают также на 10—12 дней, после чего больной должен быть переведен на диету № 1.

Диета № 2 создает условия для нормального переваривания пищи при нарушениях функции жевания, глотания, желудочного и кишечного пищеварения. Пищу дают измельченной в виде пюре. Исключают грубые механические раздражители слизистой оболочки рта, пищевода, желудка и кишечника, а также продукты и блюда, неблагоприятно влияющие на секреторную и моторную функции кишечника. Содержание витаминов A, B_1, B_2 в диете увеличено вдвое, значительно увеличена норма витаминов PP и C (в 4—5 раз по сравнению с физиологической нормой). Частота приема пищи 4—6 раз в течение дня.

Особенности кулинарной обработки пищи: овощи мелко измельчают (шинкуют), исключают мясо куском, разрешают блюда из котлетной массы (при обжаривании не должно быть грубой корки), запеканки из круп должны быть рыхлыми, каши — сдобрены возбуждающими аппетит приправами.

Диета № 3 способствует нормализации функции кишечника при недостаточном его опорожнении. В пище повышено содержание продуктов, являющихся механическими, термическими и химическими возбудителями кишечной перистальтики (блюда, содержащие грубую растительную клетчатку, холодные компоты из урюка и чернослива, жареные и тушеные блюда с большим количеством жиров). Значительно ограничено количество продуктов и блюд, тормозящих перистальтику (измельченных, в виде пюре и т. п.). Частота приема пищи 4 раза в день. Кулинарная обработка пищи обычная.

Диета № 4 способствует нормализации состояния кишечника при воспалительных процессах в нем, а также при ускоренной эвакуации кишечного содержимого. В пище значительно ограничены механические, химические и термические раздражители кишечника, используются пищевые средства, тормозящие

перистальтику. Содержание белков 70—80 г, жиров 60—70 г, углеводов 200—250 г (около 1665—2000 ккал). Содержание основных витаминов увеличено втрое по сравнению с физиологической нормой. Количество жидкости увеличено в 1 $^1/_2$—2 раза по сравнению с физиологическими нормами. Частота приема пищи 4—6 раз в день.

Особенности кулинарной обработки: измельчение и пюрирование пищи, исключение жарения, пассеровки; получение творога из молока при кипячении его после подкисления уксусом (20 мл 6 % раствора уксусной кислоты на 1 л молока).

Диета № 5 используется при различных хронических, воспалительных и дегенеративных процессах в печени, желчном пузыре и желчных путях. В пище ограничивают содержание жиров до 60—80 г, хлорида натрия до 8 г, мучных и жирных блюд, томатов, продуктов, содержащих много холестерина (мозги, яичный желток, печень, икра). Рекомендуют обильное питье, соки, плоды, ягоды, некоторые сырые овощи, молочнокислые продукты.

Исключают продукты, содержащие много щавелевой кислоты (щавель, шпинат, спаржа, ревень, крапива, листья свеклы), мясные, рыбные и овощные консервы, колбасные изделия, грибы, мясные и рыбные бульоны, а также блюда из мяса, рыбы и птицы, не подвергшиеся деэкстрагированию, жареные блюда, тугоплавкие жиры (свиной, бараний, говяжий). Ограничивают сливочное масло до 10 г. Частота приема пищи 5—6 раз в день.

Особенности кулинарной обработки пищи: исключают жарение и пассеровку в жирах, производят деэкстрагирование мяса и рыбы (варка в воде и на пару, припускание, запекание), значительно ограничивают приправы из эфироносных растений (лук, сельдерей, укроп и т. д.).

Диета № 5а применяется при острых инфекционных или токсических поражениях печени и обострении хронических болезней печени, желчного пузыря и желчных путей.

По сравнению с диетой № 5 ограничено содержание белков до 80 г, жиров до 50 г, углеводов до 250—300 г (1818—2033 ккал), не менее половины углеводов необходимо давать в виде дисахаридов и моносахаридов (сахар, мед, варенье, фруктоза в плодах и ягодах). Ежедневно употребляют до 300 г обезжиренного творога. Ограничены механические и термические раздражители желудка (неизмельченная пища, охлажденные блюда, холодные напитки); используют химические возбудители секреторной функции (овощные бульоны, плодоовощные соки). Рекомендуется обильное употребление овощей, плодов и ягод, ограничение жиров и злаков с целью ощелачивающего влияния на организм и повышения антитоксической функции печени. Ограничивают хлорид натрия до 5 г в день.

Особенности кулинарной обработки пищи: измельчение, пюрирование, деэкстрагирование мяса и рыбы, приготовление творога из обезжиренного молока при кипячении его после подкисления уксусом (20 мл на 1 л молока).

Диета № 6 способствует нормализации пуринового обмена. Из пищи исключают продукты животного и растительного происхождения, богатые пуринами, экстрактивные вещества мяса и рыбы, ограничивают потребление мяса и рыбы. Назначают обильное питье.

Кулинарная обработка пищи: деэкстрагирование мяса и рыбы, ограничение острых приправ.

Диета № 7 применяется при заболеваниях почек, обычно в остром периоде болезни, а также при нарушении азотовыделительной функции. В диете ограничено содержание белков до 60—70 г, жиров до 50 г, углеводов до 250—300 г (1736—1945 ккал), жидкости до 1200—1500 мл/сут (свободной жидкости до 400—600 мл).

Ограничена пища, неблагоприятно действующая на печень (см. диеты № 5 и 5а), резко раздражающая желудок, тормозящая перистальтику и вызывающая метеоризм.

Рекомендуются продукты, содержащие большое количество калия, действующие ощелачивающим образом на организм (картофель, морковь, изюм и др.) и повышающие диурез.

Исключают продукты, неблагоприятно действующие на почки (эфироносные растения, перец, горчица, грибы, продукты, содержащие большое количество щавелевой кислоты), а также поваренную соль при приготовлении пищи (поваренную соль выдают на руки больному в количестве 2—5 г по назначению лечащего врача).

Частота приема пищи 4—5 раз в день.

Особенности кулинарной обработки пищи: необходимо обеспечить пище достаточные вкусовые качества при исключении поваренной соли (допущение уксуса, введение различных натуральных органических кислот — клюквы, лимона, сока, антоновских яблок, кисло-сладких соусов, плодово-ягодных подливок), сочетание крупяных продуктов с овощами, плодами и ягодами.

Диета № 8 применяется при ожирении.

Ограничивают содержание в пище углеводов на 40—50 % и жиров на 20 % по сравнению с физиологической нормой, соответствующей энергетическим затратам (калорийность сокращается на 25—30 %). Поваренную соль ограничивают до 5—7 г в день.

Исключают блюда и продукты, возбуждающие аппетит (закуски, приправы, соусы, экстрактивные супы, щи, борщи). Рекомендуется 6—8 приемов пищи в течение дня небольшими порциями.

Особенности кулинарной обработки пищи связаны с необходимостью создавать чувство насыщения при малой калорийности блюд, понизить усвояемость съеденного, удовлетворить вкусовые запросы, не прибегая к использованию приправ, возбуждающих аппетит.

Диета № 9 используется при нарушении углеводного обмена (сахарный диабет) и заключается в уменьшении количества углеводов на 50 % при сохранении физиологических норм белков и жиров, соответствующих режиму физической активности.

Кулинарная обработка пищи обычная, но

с ограничениями, обусловленными уменьшением количества углеводов (исключение соусов, хлеба в блюдах из котлетной массы, замена сахара сахарином в некоторых блюдах).

Диета № 10 применяется при недостаточности кровообращения, сопровождающей различные заболевания сердечно-сосудистой системы. Ограничивается на 25 % количество жира; при приготовлении пищи исключают поваренную соль (выдают на руки больному в количестве, разрешенном лечащим врачом). Ограничивают общее количество жидкости до 1200—1500 мл (из них свободной жидкости — до 500 мл).

Исключают пищу, вызывающую метеоризм, долго задерживающуюся в желудке или чрезмерно раздражающую его слизистую оболочку.

Рекомендуются продукты преимущественно щелочных валентностей, богатые солями калия и витаминами (молочные продукты, фрукты, овощи, соки), липотропными веществами (творог, треска и др.); частая еда понемногу (не менее 5—6 раз в день, по назначению врача до 8—10 раз).

Особенности кулинарной обработки пищи связаны с исключением поваренной соли и острых приправ. Рекомендуется использовать уксус, а также натуральные кислоты (клюква, лимон, сок алычи, антоновских яблок, кизила и плодово-ягодные подливы).

Диета № 11 применяется в периоде выздоровления после инфекционных и других болезней, при анемии, туберкулезе и т. п. Высококалорийная пища содержит физиологические соотношения пищевых веществ (белки 140 г, жиры 140 г, углеводы 630, 3000—3800 ккал); количество основных витаминов увеличено втрое по сравнению с физиологической нормой; повышено количество пищевого кальция (до 100 мг), фосфора (до 2000 мг), железа (до 30 мг) и других химических элементов, необходимых для кроветворения (медь, никель, кобальт, марганец, цинк).

Включаются блюда специального назначения (из отрубей — носителей марганца, из гематогена — источника железа и др.), способствующие кроветворению.

Кулинарная обработка пищи обычная.

Диета № 12 призвана способствовать компенсации кровообращения при различных хронических заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Основные особенности диеты — ограничение поваренной соли до 8 г в день, двойное количество основных витаминов по сравнению с физиологической нормой, исключение блюд и продуктов, вызывающих излишнее газообразование, ограничение блюд и продуктов, неблагоприятно действующих на печень, и введение пищи, оказывающей нормализующее влияние на ее состояние (см. диеты № 5 и 5а).

Кулинарная обработка продуктов обычная с учетом необходимости добиться высоких вкусовых качеств пищи при ограничении поваренной соли.

Диета № 13 применяется при инфекционных болезнях. В основе диеты лежит максимально возможное возмещение белковых затрат, которые несет лихорадящий больной, при одновременном ограничении жиров и углеводов (ориентировочная норма белков — 140—160 г, жиров — 60—70 г, углеводов 250—300 г, 2157—2537 ккал). Пища должна иметь ощелачивающий характер. Поваренную соль ограничивают до 5—8 г в день.

Увеличивают количество кальция до 1000 мг, фосфора до 2000 мг, железа до 30 мг, витаминов А, B_1, B_2, PP, аскорбиновой кислоты.

Пища должна возбуждать секреторную функцию желудка, но не являться грубым механическим раздражителем его слизистой оболочки. Рекомендуется обильное питье (с учетом состояния сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем); частая еда (не реже 5—6 раз в день).

Кулинарная обработка пищи направлена на улучшение ее вкусовых качеств при ограниченном количестве поваренной соли (использование эфироносных растений, кислых натуральных соков плодов и ягод, пряностей, плодово-ягодных подлив).

Диета № 14 (окисляющая) способствует сдвигу кислотно-основного состояния в организме в сторону ацидоза за счет значительного ограничения ощелачивающей пищи (в первую очередь картофеля, моркови, капусты, плодов и ягод) и увеличения физиологической нормы жиров (на 30—50 %, но не более 200 г в день).

Кулинарная обработка пищи обычная.

Диета № 15 (общий стол) призвана обеспечить физиологические потребности организма за счет соблюдения физиологических норм питания, соответствующих режиму физической активности и труду.

Специальные виды диеты. Диета ощелачивающая предусматривает значительное ограничение жиров (примерно на 50 %), исключение круп, бобовых и значительное ограничение хлеба (до 100—500 г в день), исключение поваренной соли, различных солений и консервов.

Кулинарная обработка пищи обычная.

Диета яблочная (плодово-ягодная). Назначают на 1—2 дня. Состоит из 1—1,5 кг сырых плодов и ягод или яблок. Дают в 5—6 приемов равными частями с промежутками в $2^1/_2$—3 ч. Содержит: белков 3—5 г, углеводов 100—160 г (422—676 ккал).

Показания к назначению. Ожирение, гипертоническая болезнь, атеросклероз, атеросклеротический и миокардитический кардиосклероз у лиц с избыточной массой тела.

Диета компотная. Назначают на 1—2 дня. Состоит из 6 стаканов компота в день: по одному стакану через $2^1/_2$—3 ч. Компот варят из 200 г сушеных фруктов с 60—80 г сахара на 1,5 л воды. Содержит: белков 4 г, углеводов около 190 г (793 ккал).

Показания к назначению те же, что и для диеты яблочной.

Диета из сырых овощей. Назначают на 1—2 дня. Состоит из 1,5 кг сырых овощей, 100 г сметаны или 25 г растительного масла, 15 г сахара. Дают по 300 г мелкошинкованных сырых овощей со сметаной и сахаром 5 раз в день через каждые $2^1/_2$—3 ч. Содержит:

белков 17 г, жиров 30 г, углеводов 88 г (709 ккал).

Показания к назначению. Ожирение, хронический нефрит, ревматический полиартрит, болезни печени и желчных путей, атеросклероз, состояние ацидоза.

Диета молочная. Назначают в условиях санатория на 2—7 дней 1—1,5 л пресного или кислого молока. Дают в 5—6 приемов равными частями с промежутками в $2^1/_2$—3 ч. Содержит: белков 31—46 г, жиров 35—52 г, углеводов 49—73 г (655—982 ккал). При длительном применении дополняется сахаром в количестве 100—150 г, а также различными бессолевыми блюдами из пюрированных овощей, творога и круп.

Показания к назначению. Болезни сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся выраженной недостаточностью кровообращения, гипертоническая болезнь, ожирение, заболевания печени и желчных путей, пиелоциститы и уретриты.

Диета творожная. Назначают на 1—2 дня. Состоит из 300 г свежеприготовленного творога и 150 г сахара или меда (творог получают при кипячении молока, к которому добавляют уксус из расчета 20 мл на 1 л молока). Дают в 5 приемов равными частями через $2^1/_2$—3 ч. Содержит: белков 75 г, жиров 75 г, углеводов 150 г (1620 ккал).

Показания к назначению. Болезни сердечно-сосудистой системы в стадии выраженной недостаточности кровообращения, хронический нефрит с отеками, но без азотемического синдрома, истощение вследствие длительного белкового голодания.

Диета молочно-картофельная. Назначают на 2—7 дней. Состоит из 0,5 л пресного или кислого молока, 1 кг картофеля; поваренная соль исключается. Картофель в виде пюре или запеканок в 5 приемов равными частями. Содержит: белков 31 г, жиров 17 г, углеводов 225 г (1270 ккал).

Показания к назначению. Болезни сердечно-сосудистой системы в стадии выраженной недостаточности кровообращения, нефрит с отеками и высоким уровнем остаточного азота, заболевания, сопровождающиеся ацидозом.

Диета изюмная. Назначают на 1 день. Состоит из 500 г изюма без косточек. Дают в 5 приемов равными частями через $2^1/_2$—3 ч. Содержит: белков около 9 г, жиров 2 г, углеводов 313 г (1344 ккал).

Показания к назначению. Хронический и подострый нефрит с отеками при наличии гипераэотемии, болезни сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся резко выраженной недостаточностью кровообращения.

Диета чайная. Назначают на 1—2 дня. Состоит из 7 стаканов сладкого чая (10—15 г сахара на один стакан). Дают через равные промежутки времени.

Показания к назначению. Острый энтероколит (в 1-й день лечения), гастрит с секреторной недостаточностью (в первые дни лечения), состояния, требующие разгрузки межсуточного обмена.

Диета морковная. Назначают на 1—2 дня. Состоит из 1—1,5 кг моркови и 50—75 г сахара. Морковь трут на терке, заправляют сахаром и дают по 200—300 г равными частями в течение дня. Содержит: белков около 10—15 г, углеводов (с учетом сахара) 120—180 г (около 530—800 ккал).

Показания к назначению. Острый и хронический нефрит с отеками и азотемическим синдромом, болезни печени и желчных путей, ревматический полиартрит, атеросклероз, гипертоническая болезнь, ожирение, состояния, требующие ощелачивающей терапии.

Диета картофельно-компотная. Назначают на 1—2 дня. Состоит из 1,5 кг картофеля, 60 г несоленого сливочного масла, 2 л компота из 200 г сухофруктов без сахара. Дают в 5 приемов равными порциями через 3 ч. Содержит: белков 23 г, жиров 53, углеводов 385 г, калия 7600 мг, натрия 900 мг, кальция 300 мг, магния 500 мг, воды свободной, употребляемой при варке компота, 2 л и связанной (в картофеле) около 1 л (2165 ккал).

Показания к назначению. Оксалурия и мочекаменная болезнь, нефрит с затянувшимся течением при наличии азотемического синдрома (без отеков), как «зигзаг» с окисляющей диетой (№ 14).

ЛЕЧЕБНЫЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ

АНТРОПОМЕТРИЯ. При помощи ростомера (вертикально поставленная доска с делениями на сантиметры со скользящей по ней планшеткой и плоской деревянной подставкой для ног) измеряют рост человека. Обследуемый снимает обувь, сомкнув плотно ноги и прижав пятки к вертикальной планке, становится на деревянную площадку спиной к планке. У больных, которые не могут вставать, рост измеряют в постели с помощью сантиметра.

Измерение окружности грудной клетки производят обычной сантиметровой лентой, которую проводят сзади под нижним углом лопаток, а спереди на уровне IV ребра.

Взвешивание производят утром натощак после освобождения мочевого пузыря и по возможности кишечника, в спальном белье. Чтобы впоследствии можно было сравнить величину массы тела, необходимо точно соблюдать установленные условия. Перед взвешиванием необходимо убедиться в правильной регулировке весов. Слабых больных взвешивают в положении сидя на стуле. В стационарах, как правило, больных взвешивают при поступлении и при выписке, а также один раз в неделю за время пребывания в больнице.

АУТОГЕМОТЕРАПИЯ — метод лечения собственной кровью, оказывающий стимулирующее действие на организм. Аутогемотерапию применяют при вялом затяжном течении различных заболеваний (вирусная пневмония, брюшной тиф, абсцесс легкого, сухой плеврит, ревматизм, экзема и др.). Противопоказана аутогемотерапия при острых заболеваниях.

Шприцем из вены берут кровь и тут же вводят ее в/м этому же больному (обычно в ягодичную мышцу). Дозу крови определяет врач. Обычно лечение начинают с внутримышечного введения 2 мл крови. Каждые 2—3 дня дозу крови постепенно повышают и доводят до 10 мл.

Если после введения крови в течение 12—24 ч развивается значительная общая или местная реакция (повышение температуры тела более 38 °С, местная отечность и значительная боль в месте инъекции), то при последующей инъекции дозу крови надо уменьшить. Общее количество введений различно, в среднем от 10 до 24.

БАНКИ являются одним из средств местного воздействия на крово- и лимфообращение; они оказывают противовоспалительное и болеутоляющее действие. Чаще всего банки применяют при пневмонии, бронхите, плеврите, застойных явлениях в легких, при невралгии и миозитах.

Противопоказания к применению банок — кровохарканье, легочное кровотечение, злокачественные новообразования, психическое возбуждение, судороги.

На специальный поднос у кровати больного ставят вымытые, вытертые насухо банки, проверенные в отношении их целостности и отсутствия повреждения краев, вазелин, спирт или спирт в смеси с эфиром, металлический зонд с нарезкой, на конец которого туго накручен ватный тампон и спички.

Чаще всего банки ставят на грудь спереди и сзади, исключая области позвоночника, грудины, сердца и молочных желез, на поясницу вдоль седалищного нерва по задней поверхности бедра.

Техника. Кожу смазывают вазелином. Левой рукой берут банку, держа ее над местом, куда она должна быть поставлена, быстро вносят внутрь опрокинутой банки на 1—2 с зажженный, предварительно увлажненный спиртом тампон, затем его быстро извлекают и также быстро приставляют банку к коже. За счет образовавшегося в банке разреженного пространства в нее втягивается кожа и банка плотно прикрепляется к телу. Тампон не должен быть слишком влажным, чтобы капли горящего спирта не попали на кожу. Поставив банки, следует прикрыть больного одеялом и оставить лежать 10—15 мин.

Количество банок определяется размером той области, на которую их надлежит поставить. На грудную клетку, например, одновременно ставят до 30 банок.

Чтобы снять банку, нужно одной рукой отклонить ее в сторону, а пальцем другой — нажать на кожу у края банки. Как только воздух войдет в образовавшуюся щель, банка отделится от тела. После удаления банок следует снять с кожи слой вазелина сухим или смоченным спиртом ватным тампоном, тепло укрыть больного и оставить спокойно лежать не менее 30 мин.

БУЖИРОВАНИЕ — введение с диагностической и лечебной целью специальных инструментов — бужей. Бужи могут быть жесткие (металлические), гибкие и эластические.

Бужирование производит врач чаще всего при рубцовых изменениях трубчатых органов (мочеиспускательный канал, гортань, трахея, пищевод, слуховая труба, канал шейки матки, прямая кишка).

Бужирование мочеиспускательного канала производят при его сужении с диагностической целью для определения локализации и степени сужения; с лечебной целью — для расширения суженной части мочеиспускательного канала. Перед бужированием производят антисептическую обработку инструментов и рук. Применяют мягкие и жесткие бужи, но чаще комбинированные. У бужей различают клюв, корпус и рукоятку. Поверхность бужей должна быть гладкой. Их форма, кривизна и длина различны. Диаметр бужей определяется в миллиметрах по различным шкалам. Использование металлических бужей требует навинчивающихся мягких проводников. Сначала вводят проводник, а затем на наружный его конец навинчивают металлический буж. Таким образом при введении металлического бужа предотвращается травма слизистой оболочки и тяжелые осложнения — образование в мочеточнике ложного хода.

Способ стерилизации бужей обусловлен материалом, из которого он изготовлен. Металлические бужи и бужи из пластмассы стерилизуют кипячением от 30 мин до 1 ч. При этом пластмассовые бужи нельзя кипятить более 30 мин. При стерилизации бужей из шелка и других материалов их необходимо завернуть в сухую марлю и поместить под струю пара. Можно для стерилизации таких бужей использовать пароформалиновую камеру, в которой стерилизация проводится в течение 1 сут. Бужи перед употреблением обмывают стерильной дистиллированной водой. Перед введением буж смазывают стерильным вазелином. Пластмассовые бужи предварительно опускают в горячую стерилизованную воду для придания им большей эластичности и гибкости, а затем смазывают вазелином, глицерином или стерильным растительным маслом. После употребления бужи тщательно промывают, высушивают и хранят в специальных футлярах в вощаной бумаге, чтобы избежать высыхания.

Введение бужа в мужской мочеиспускательный канал имеет известные трудности из-за физиологической кривизны уретры. При неосторожном бужировании могут возникнуть серьезные осложнения: повреждение стенки уретры и образование ложного хода. С целью их предупреждения лучше пользоваться не металлическими, а пластмассовыми (эластическими) бужами. Значительно проще вводить буж в женский мочеиспускательный канал. После бужирования во избежание инфекции назначают сульфаниламидные препараты или антибиотики.

Бужирование пищевода всегда производят только эластическими, пластмассовыми или резиновыми бужами. Иногда применяют тонкие металлические гибкие бужи с навинчивающейся легкой оливой (проводником). Длина пищеводных бужей 70 см, диаметр 13 мм. Перед бужированием нужно подготовить стерильные бужи, а также эзофагоскоп, 2 %

раствор дикаина, стерильное вазелиновое или растительное масло.

Бужирование пищевода производят натощак. За 30 мин или 1 ч до исследования больному вводят 0,5—1 мл 0,1 % раствора атропина для предотвращения спазма и снижения слюноотделения. Зубные протезы нужно снять.

Бужирование пищевода производят в положении больного сидя, с несколько наклоненной головой. Перед введением бужа фельдшер готовится, как перед операцией. Сначала фельдшер вводит наиболее тонкий буж (бужи в зависимости от диаметра имеют различные номера). Для правильного введения бужа в пищевод указательный палец левой руки нужно ввести глубоко в рот больного и прижать язык, а затем вводить конец бужа параллельно пальцу. После этого по задней стенке пищевода буж проводят в желудок (до отметки 45 см). Больной должен делать глотательные движения, способствующие более быстрому продвижению бужа. Введенный буж обычно оставляют в пищеводе на 30 мин или 1 ч, а затем извлекают и вводят другой, больший по размеру. Нельзя прилагать усилия для продвижения бужа.

ВЕНЕПУНКЦИЯ. Для внутривенного введения лекарств и взятия крови для анализов производят венепункцию, т. е. прокол вены. Внутривенное вливание обычно производит врач или фельдшер (медицинская сестра) в присутствии врача. Кровь из вены, как правило, берет средний медицинский работник. Удобнее всего пунктировать вену локтевого сгиба, при необходимости можно использовать и другие вены на тыле кисти, тыле стопы и т. д. Больной может сидеть или лежать. Рука его должна быть максимально разогнута в локтевом суставе, под локтевой сгиб обычно подкладывают плотную клеенчатую подушку. На плечо выше локтевого сгиба достаточно туго накладывают резиновый жгут, чтобы сдавить вены, но не нарушить приток крови по артериям: пульс на лучевой артерии при наложенном жгуте должен хорошо прощупываться. Больному предлагают несколько раз сжать и разжать кулак для лучшего наполнения вены.

Фельдшер готовит свои руки, как перед операцией. Кожу локтевого сгиба больного тщательно дезинфицируют спиртом. Выбирают наиболее удобный и подходящий для пункции венозный ствол, затем кончиками пальцев левой руки кожу над ним несколько смещают книзу (в сторону предплечья), фиксируя вену. В правой руке держат приготовленную для пункции иглу. При наличии достаточного опыта одномоментно прокалывают кожу над веной и стенку самой вены. При попадании иглы в просвет вены создается впечатление как бы провала ее в пустоту и из иглы начинает вытекать кровь. Существует и двухмоментный способ венепункции — вначале иглой прокалывают кожу, а затем, осторожно манипулируя концом иглы, подводят его к вене и прокалывают ее стенку. Для начинающего легче произвести венепункцию таким способом.

Если нужно взять кровь на анализ или произвести кровопускание, под струю крови подставляют пробирку или какой-либо сосуд, в который и набирают кровь.

При необходимости ввести в вену лекарство его заранее набирают в шприц. Сделав прокол вены иглой, снимают наложенный на плечо жгут; держа шприц вертикально, выпускают из него некоторое количество лекарства; убеждаясь в том, что в шприце нет пузырьков воздуха, присоединяют шприц к находящейся в вене игле и вводят в вену лекарство. При введении лекарства пункцию вены часто производят иглой, уже присоединенной к шприцу. В этом случае после прокола стенки вены осторожно потягивают за поршень шприца: если игла находится в просвете вены, в шприц будет поступать кровь. Убедившись в этом, медленно вводят в вену лекарство. По окончании вливания к месту прокола иглы прикладывают смоченный спиртом ватный или марлевый шарик, иглу удаляют, а руку сгибают в локтевом суставе, оставляя ее в таком положении на несколько минут.

Если при введении лекарств на месте введения появляется увеличивающаяся на глазах припухлость, значит, игла находится не в просвете вены и лекарство поступает в клетчатку, окружающую вену. Нередко это сопровождается появлением на месте припухлости жжения или боли. Ряд лекарственных веществ оказывает сильное раздражающее действие, и попадание их в подкожную клетчатку может вызвать в ней воспаление, а иногда даже некроз. Особенно осторожным нужно быть при введении раствора хлорида кальция. Если такое осложнение произошло, нужно оставить иглу на месте, отсоединить от нее шприц с лекарством, а другим шприцем ввести через иглу в клетчатку 5—10 мл изотонического раствора хлорида натрия с тем, чтобы понизить концентрацию попавшего в клетчатку лекарственного вещества. Вливание в этом случае делают в вену другой руки другим шприцем.

Иногда на месте прокола вены образуется кровоизлияние. Если кровоизлияние невелико, то через несколько дней оно самостоятельно рассасывается. Ускорить рассасывание можно применением полуспиртовых согревающих компрессов или повязок с мазью гирудоид, гепариновой мазью и т. д.

После вливания может развиться воспаление самой вены — ствол ее становится утолщенным, болезненным, по ходу вены может появиться покраснение кожи (флебит или тромбофлебит). Причиной его иногда является внесенная в вену инфекция или, чаще, раздражающее действие введенного в вену лекарства. Лечение флебита состоит также в применении повязок с гирудоидом или гепариновой мазью. Движения рукой должны быть ограничены (руку лучше подвесить на косынку).

Редким, но весьма серьезным осложнением при внутривенном введении лекарств является воздушная эмболия, возникающая при технических погрешностях в том случае, когда во время вливания в вену попадает воздух. Пузырек воздуха, продвигаясь с током крови и являясь как бы воздушной пробкой, может вызвать в том или ином органе (например, в головном мозге) серьезные нарушения кровообращения.

ВЕНЕСЕКЦИЯ — вскрытие стенки вены. Производят в тех случаях, когда венепункция невыполнима. Показания: кровопускания, вливание в вену лекарственных растворов, крови, кровезаменителей, особенно капельным способом. Для венесекции чаще используют подкожные вены локтевого сгиба, средней и нижней трети предплечья, подкожные вены голени у внутренней лодыжки.

Венесекцию производит врач. Фельдшер подготавливает к операции жгут, спирт, спиртовой раствор йода, 0,25 % и 0,5 % растворы новокаина, стерильные шприцы, иглы, анатомические пинцеты, скальпели, кетгутовые и шелковые лигатуры, ножницы, стерильные простыни, полотенца и все необходимое для наложения асептической повязки.

ВЛИВАНИЯ ВНУТРИВЕННЫЕ. Внутривенные введения ввиду большой ответственности должен делать врач или опытный фельдшер.

Предварительно приготавливают все необходимое для процедуры: на стерильный поднос кладут шприц с двумя иглами — одну длинную с широким просветом для набора лекарств, другую для инъекции, ватные тампоны, смоченные спиртом. Ампулы или флаконы с лекарствами, подготовленные для введения, фельдшер тщательно просматривает, обращая внимание на прозрачность, срок годности, время стерилизации, показывая этикетку врачу, протирает ампулы спиртом, отпиливает пилкой и помогает врачу набрать лекарство в шприц. Если лекарство наливают в шприц из флакона, то необходимо небольшую порцию его вначале слить.

Стерилизацию шприцев (в разобранном виде) и игл производят кипячением в стерилизаторе в дистиллированной или кипяченой и профильтрованной воде в течение не менее 40 мин с момента закипания.

Во избежание образования накипи и порчи инструментов отдельные части шприца и иглы перед стерилизацией заворачивают в марлевые салфетки. Кроме шприцев и игл, в стерилизатор кладут два анатомических пинцета и крюки для решетки. Надежнее стерилизовать инструменты горячим воздухом при температуре 180—200 °С в течение 45 мин.

Прежде чем приступить к извлечению стерильных инструментов, фельдшер должен вымыть теплой водой с мылом и щеткой руки, протереть их спиртом, смазать настойкой йода ногтевые ложа. Извлекать стерильный инструмент (и перевязочный материал) следует с помощью корнцанга или пинцета, которые в процессе работы хранят в стеклянной банке с дезинфицирующим раствором Каретникова (1 л дистиллированной воды, 12 г гидрокарбоната натрия, 15 г формалина, 3 г карболовой кислоты).

Для подкожного и внутривенного введения больших количеств лекарственных растворов и жидкостей необходимы специальные устройства и системы. Самое простое устройство для этих целей состоит из стеклянной кружки Эсмарха с резиновой трубкой, на конце которой имеется канюля для соединения с иглой. Для вливания капельным способом на протяжении резиновой трубки вставляют капельницу. Частота капель регулируется винтовым зажимом, наложенным на резиновую трубку выше капельницы.

Систему стерилизуют по частям кипячением или в автоклаве и перед вливанием монтируют. Кружку вешают на штатив, предназначенную для вливания жидкость наливают в кружку. Чтобы заполнить жидкостью всю систему и вытеснить из нее воздух, конец трубки с канюлей держат несколько выше перевернутой капельницы до заполнения последней на 1/3; затем капельницу переворачивают в рабочее положение и медленно заполняют нижний отрезок трубки жидкостью до вытекания ее из канюли. По мере продвижения жидкости по стеклянному участку трубки следят за тем, чтобы в системе не остались пузырьки воздуха. Резиновую трубку непосредственно над канюлей пережимают кровоостанавливающим зажимом. В вену или под кожу вводят иглу, снимают наложенный над канюлей зажим и соединяют с канюлей иглу. Винтовым зажимом, наложенным выше капельницы, устанавливают нужную частоту капель (обычно 40—60 в минуту).

Часто растворы для вливаний заготавливают в специальных флаконах, закрытых резиновой пробкой и металлическим колпачком. Для того чтобы сделать вливание непосредственно из такого флакона, нужно иметь 2 толстые иглы — короткую (4—5 см) и длинную (12—15 см). Металлический колпачок снимают, дезинфицируют резиновую пробку, а затем, прокалывая ее, во флакон вводят короткую иглу и рядом с ней длинную. Муфту короткой иглы соединяют с резиновой трубкой, имеющей капельницу и канюлю. Флакон перевертывают вверх дном и укрепляют на штативе. При этом через короткую иглу в трубку с капельницей будет поступать жидкость. Конец длинной иглы будет находиться выше уровня жидкости, у дна флакона, и через него во флакон будет поступать воздух. Заполнение системы жидкостью, так же как и само вливание, производится описанным выше способом.

В настоящее время широко распространены капельные системы для одноразового пользования. Система находится в герметически закрытом целлофановом пакете. Она стерильна. Стерилизация производится гамма-лучами при промышленном изготовлении.

Внутривенные капельные вливания нередко являются первым мероприятием экстренной помощи в случаях острой кровопотери, обезвоживания организма, при травмах, обширных ожогах, интоксикациях, коматозных состояниях, коллапсе и шоке. Обычно вводят кровь, кровезаменители, изотонические или гипертонические растворы.

Внутривенные капельные вливания производят с помощью системы для переливаний в положении больного лежа в вены локтевых сгибов, тыла кисти, иногда тыла стопы. При отсутствии доступных для вливания подкожных вен производят венесекцию. Для пункции вены берут иглу с достаточно широким просветом и острым концом. Скорость поступления жидкости в вену регулируется винтовым зажи-

мом (30—70 капель в минуту). Чтобы игла не вышла из вены, руку можно положить на шину и нетуго прибинтовать, а наружную часть иглы прикрепить липким пластырем. При проведении капельных вливаний требуется постоянное наблюдение за состоянием больного и исправностью системы.

ВЛИВАНИЯ ПОДКОЖНЫЕ. Под кожу вводят различные жидкости, чаще изотонический раствор (0,85 %) хлорида натрия и 5 % раствор глюкозы, которые хорошо всасываются, так как их концентрация соответствует физиологическому содержанию их в крови и тканях. Подкожные вливания можно производить аппаратом Боброва или с помощью системы с капельницей. Можно вводить под кожу 300—500 и даже 1000 мл жидкости. Растворы лекарств для подкожного введения должны быть стерильными и теплыми (38—40 °С). Для этого флаконы с растворами предварительно подогревают в горячей воде. Во время процедуры, чтобы жидкость не остывала, аппарат Боброва помещают в таз с теплой водой. Перед вливанием удаляют воздух из системы, наполняя ее жидкостью, накладывают зажим на нижний отрезок резиновой трубки. Подкожные вливания обычно делают в передненаружную поверхность бедра, предварительно обработанную 2 % настойкой йода. В среднем следует вводить 100 мл жидкости за 5—7 мин. Во время вливания положение иглы можно несколько менять, частично извлекая и вновь погружая ее. Чтобы уменьшить напряжение в тканях, допустимо периодически легкое массирование в виде поглаживания этой области. Во избежание резкого сдавления тканей и некроза нельзя вводить в один участок более 500 мл жидкости. После извлечения иглы место вкола смазывают настойкой йода, заклеивают повязкой с клеолом, для лучшего рассасывания кладут теплую грелку.

Подкожные инъекции небольших количеств лекарств чаще делают в область средней трети наружной поверхности плеча.

Для производства инъекции в палате приготовленный шприц с лекарством, несколько стерильных ватных шариков, пропитанных спиртом, и палочку с йодом укладывают на стерильную крышку. Положив под иглу и поверх шприца стерильную марлевую салфетку, идут к больному в палату. Для каждой инъекции берут стерильный (неиспользованный) шприц и иглы. Инъекции производят в условиях строгой асептики. Кожу на месте инъекции протирают ватой со спиртом. Левой рукой кожу в месте инъекции захватывают в складку; шприц держат в правой руке, иглу просветом, обращенным вверх, под углом 30 °, вводят снизу вверх в основание складки кожи на глубину 1,5 см (до 3 см при введении больших количеств жидкости).

Чтобы болезненность была минимальной, прокол кожи нужно производить быстро и уверенно (но не рывком). Сделав прокол кожи, шприц удерживают левой рукой, а освободившейся правой рукой зажимают цилиндр между II и III пальцами, большим пальцем надавливают на рукоятку поршня, вводят лекарство. Затем левой рукой прикладывают к месту вкола стерильный ватный тампон; придерживая за муфту, быстро вынимают иглу и слегка массируют ваткой для того, чтобы введенное лекарство не вытекало обратно и быстрее рассосалось. Место прокола кожи смазывают настойкой йода.

ВНУТРИМЫШЕЧНЫЕ ИНЪЕКЦИИ. Лекарства, введенные в/м, всасываются быстрее, чем при подкожном введении. Кроме того, мышцы менее чувствительны, чем кожа, поэтому в/м вводят те лекарства, которые при подкожном введении дают сильное раздражение (сульфат магния, глюконат кальция, аскорбиновая кислота и др.) или плохо всасываются (бийохинол и др.). Иглы для внутримышечных инъекций длинные (6—8 см) с достаточно широким просветом. Внутримышечные инъекции чаще всего делают в верхненаружный квадрант ягодицы, реже — в среднюю треть передненаружной поверхности бедер и подлопаточные мышцы. После инъекции могут возникнуть местные осложнения: инфильтраты, абсцессы, олеогранулемы, повреждения нервов. Инфильтраты чаще появляются после введения местно раздражающих или медленно рассасывающихся препаратов (хинин, сульфат магния). Образование абсцессов, поверхностных флегмон связано с внесением инфекции во время инъекции, особенно у ослабленных больных с плохой сопротивляемостью тканей — при сахарном диабете, туберкулезе, отеках, ожирении. Во избежание местных воспалительных осложнений следует тщательно стерилизовать инструменты, хорошо дезинфицировать кожу больного, следить за чистотой рук и стерильностью вводимых растворов.

При появлении уплотнения назначают сухое тепло (электрогрелка), согревающий полуспиртовой компресс, масляно-бальзамическую повязку, физиотерапевтическое лечение (кварц, УВЧ, диатермия). При нагноении абсцесс вскрывают.

ВОДНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ. Гигиеническая ванна. Перед процедурой ванну моют щеткой с мылом, дезинфицируют 3 % раствором лизола, ополаскивают горячей водой. Ванну заполняют сначала холодной водой, чтобы избежать скопления в помещении водяных паров, а затем горячей. В ванну опускают водяной термометр.

Вода для гигиенической ванны должна быть индифферентной температуры (34—36 °С) или теплой (37—38 °С). Температура воздуха в ванной комнате должна быть не ниже 25 °С. Длительность пребывания в ванне определяется состоянием больного (в среднем 15—30 мин). Больной моется сам или с помощью медицинской сестры и санитарки.

Гигиеническая ванна противопоказана при заболеваниях, требующих полного покоя (инфаркт миокарда, сердечная астма, гипертонический криз), при лихорадочных состояниях, пневмонии. Ванна не назначается больным, нуждающимся в неотложной операции, а также при некоторых кожных заболеваниях.

Лечебные ванны. Наиболее часто применяют общие теплые ванны продолжительностью 10—20 мин. Эти ванны назначают с целью успокаивающего действия. Ванны с температу-

рой воды 36—37 °С назначают при полиартритах, эмфиземе легких, бронхиальной астме, бронхитах для облегчения акта выдыхания. При заболевании почек эти ванны способствуют усилению диуреза и улучшению функции кожи. Горячие полуванны применяют при почечной колике для снятия болей. При кожном зуде (желтуха, аллергия, уремия) применяют крахмальные ванны.

Лечебные ванны назначает только врач. Медицинская сестра, отпуская ванну, должна: 1) приготовить ее в точном соответствии (по составу и температуре) с назначением врача; 2) пристально наблюдать за общим состоянием больного, находящегося в ванне, за его пульсом, дыханием, цветом кожных покровов; 3) следить по часам (удобно песочным) за тем, чтобы больной не находился в ванне больше положенного времени.

Обтирание. В тех случаях, когда больным по состоянию здоровья душ и гигиеническая ванна противопоказаны, делают обтирание. В небольшой таз наливают 2—3 стакана чистой теплой воды (температура 35—36 °С), иногда для согревания и лучшей гигиенической обработки кожи добавляют винный спирт или одеколон из расчета 2—3 столовые ложки на 1 стакан, водки до 5 столовых ложек. Можно делать обтирание с добавлением 1 столовой ложки поваренной соли, ароматного уксуса или камфорного спирта. Лоскут махрового полотенца или сшитой из него рукавицы (можно губку) смачивают, хорошо отжимают и обтирают кожу. Для общего обтирания берут простыню шириной 2—2,5 м, смачивают в теплой воде, отжимают и накладывают на все тело. После этого сестра становится сбоку от больного и обеими руками производит энергичное растирание передней и задней поверхности тела на всем протяжении. Влажную простыню снимают, больного покрывают сухой простыней и насухо вытирают.

Тяжелобольных обтирают по частям в определенной последовательности: начинают с лица и шеи, а затем обтирают руки, туловище и нижние конечности. После того как закончится обтирание одной части тела, чтобы не наступило охлаждение, ее закрывают простыней и только тогда переходят к дальнейшему обтиранию.

ГАЗООТВЕДЕНИЕ. При заболеваниях органов пищеварения нередко возникает вздутие живота, чувство распирания и боль от скопления газов в кишечнике (метеоризм). Это состояние значительно отягощает течение заболевания и самочувствие больных. Для выведения газов применяют упругую резиновую трубку длиной 40—50 см с просветом 5—10 мм. Один конец трубки закруглен и имеет одно или два боковых овальных отверстия. Трубку смазывают вазелином и закругленным концом вводят в прямую кишку на глубину 20—40 см. Наружный конец газоотводной трубки длиной 5—6 см опускают в судно для того, чтобы не загрязнить постель случайным выделением через трубку содержимого кишечника; с этой же целью нужно подложить под больного клеенку, накрытую сверху подстилкой. Газоотводную трубку следует держать не более 20 мин.

ГОРЧИЧНИКИ. Горчичники и перцовые пластыри применяют как обезболивающее средство при респираторных заболеваниях, подагре, артритах, радикулитах, люмбаго. Горчичники противопоказаны при кожных заболеваниях. Перед употреблением горчичники смачивают в теплой воде и прикладывают к коже стороной, покрытой слоем горчицы, на 10—15 мин; перцовый пластырь можно не снимать в течение 2 сут, если не будет ощущения сильного жжения.

Для приготовления горчичников в домашних условиях нужно взять сухую горчицу (для детей — пополам с пшеничной или картофельной мукой), развести теплой водой до консистенции кашицы, нанести ее тонким слоем на одну половину куска ткани (не марли!), а другой половиной прикрыть. По окончании процедуры остатки горчицы следует смыть с кожи водой.

ГРЕЛКА вызывает расширение сосудов и прилив крови к тканям. Используется для согревания, для рассасывания воспалительных уплотнений и как болеутоляющее. Противопоказания к применению грелки: острые воспалительные процессы в брюшной полости (аппендицит, холецистит, панкреатит), опухоль, кровотечение, тромбофлебиты.

Грелки бывают химические, электрические, резиновые, Горячей водой наполняют резиновую грелку до половины ее объема или немного больше, чтобы она не была тяжелой. Прежде чем закрыть отверстие, из грелки вытесняют воздух, чтобы она имела плоскую форму и хорошо прилегала к телу. Грелку нельзя прикладывать к обнаженному телу, ее нужно обернуть полотенцем или положить поверх одеяла.

При частом употреблении грелок на одну и ту же область во избежание пигментации следует кожу смазывать вазелином или растительным маслом.

ЖГУТ — приспособление для временной остановки кровотечения из сосудов путем кругового перетягивания конечности и сдавления ее тканей. Жгут применяют и для обескровливания тканей при операциях на пальце, кисти и стопе, ампутациях конечностей и др. Для сдавления венозных сосудов жгут накладывают при венепункциях и с целью регионарной внутрикостной и внутривенной анестезии.

Жгут накладывают центральнее поврежденного участка: при ранении конечности — на любом уровне бедра, верхней конечности — на плече, кроме средней ее трети из-за опасности сдавления нервных стволов. Для защиты кожи от ущемления под жгут подкладывают мягкую подкладку, расправленную часть одежды, слой ваты. При правильном наложении жгута исчезает пульс на периферической артерии, конечность дистальнее жгута бледнеет, кровотечение останавливается. Слабо затянутый жгут вызывает венозный застой и усиливает кровотечение из раны. Чрезмерное стягивание жгутом конечности может привести к сдавлению нервов с последующими параличами.

Жгут может находиться на конечности не более 2 ч во избежание омертвения тканей конечности. Поэтому необходимо на специаль-

ной бирке, закрепленной на жгуте, указывать время наложения его. При необходимости оставить жгут на более длительное время его нужно распустить на несколько секунд, придавить сосуд пальцем, сделать легкий массаж борозды, переложить жгут на новое место, несколько центральнее. Конечность при наложении жгута необходимо иммобилизовать, уложив ее в удобном возвышенном положении. Раненый со жгутом должен быть немедленно направлен в лечебное учреждение для окончательной остановки кровотечения.

Существует несколько разновидностей жгутов. Жгут Эсмарха — толстая резиновая трубка с крючками и цепочкой на концах для закрепления жгута. Ленточный жгут — резиновая полоска шириной 3—4 см. Для остановки кровотечения из сосудов верхних конечностей и обескровливания конечностей во время операции применяют ленточный жгут, изготовленный из тонкой эластической резины шириной 5—6 см. Накладывают его на предварительно поднятую конечность ходами от периферии к центру и завязывают. Матерчатый жгут-закрутка состоит из полосы прочной ткани длиной 1 м и шириной 3 см, закрутки и застежки на одном конце. Закрутка — петля из тесьмы такой же ширины, что и жгут, с палочкой посередине и с матерчатыми колечками для фиксации ее конца — соединена с полоской жгута двумя прямоугольными пряжками недалеко от застежки. Затягивают жгут вращением палочки, скручивающей тесьму закрутки (закрутка должна располагаться в месте, удобном для закручивания). Конец палочки закрепляют в одной из петель.

Стандартные жгуты можно заменить ремнем, шарфом, косынкой, любым куском материала. Временную остановку кровотечения импровизированным жгутом производят, накладывая его по типу закрутки. Материал складывают в виде широкой ленты, оборачивают вокруг конечности и связывают его концы двойным узлом, в который вставляют палочку. Вращая ее, затягивают жгут.

ЗОНДИРОВАНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОЕ предпринимают с диагностической целью (для функционального исследования желчного пузыря и желчных путей и для получения желчи для микроскопического и бактериологического исследования), а также с лечебной целью (для отсасывания желчи при застое в желчном пузыре, введения в двенадцатиперстную кишку лекарственных препаратов при паразитарных заболеваниях).

Противопоказания: острый холецистит, обострение хронического холецистита и желчнокаменной болезни, протекающие с лихорадкой; язвенная болезнь желудка (кроме длительно нерубцующейся язвы) и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, особенно кровоточащие; рак желудка; рак пищевода и рубцовое его сужение; варикозное расширение вен пищевода; удушье и одышка легочного и сердечного происхождения; стенокардия и инфаркт миокарда.

Дуоденальный зонд — это резиновая трубка диаметром 3—5 мм и длиной 1,5 м. На конце, вводимом в желудок, прочно укреплена полая металлическая олива, имеющая ряд отверстий. Зонд имеет три метки: первая на 40—50 см от оливы (расстояние от резцов до входной части желудка), вторая — на 70 см (расстояние от резцов до привратника), третья — на 80—90 см (расстояние от резцов до большого соска двенадцатиперстной кишки).

Дуоденальный зонд после употребления многократно промывают через шприц, перед употреблением кипятят и охлаждают в кипяченой воде.

Подготовка больного. В течение 2—3 дней до зондирования в пищевом рационе больного рекомендуется ограничить, а лучше исключить продукты, вызывающие метеоризм (капуста, картофель, цельное молоко, бобовые, черный хлеб), назначить белладонну или атропин 1—2 раза в день и давать на ночь грелку; вечером накануне исследования больному делают очистительную клизму. Зондирование производят натощак.

Техника зондирования. Больной садится на кушетку, ему предлагают снять зубные протезы (если они есть), растегнуть воротник, распустить пояс и дают в руки лоточек с зондом. Объясняют больному, что он должен глубоко дышать и глотать оливу вместе с накапливающейся во рту слюной. Больной берет в рот зонд, кладет оливу на корень языка и делает несколько глотательных движений с закрытым ртом. Дальнейшее продвижение совершается за счет тяжести оливы, перистальтических движений пищевода и желудка и медленных глотательных движений больного (глубокое дыхание усиливает перистальтику). Когда зонд дошел до первой метки, полагают, что олива находится в желудке, введение зонда временно прекращают, укладывают больного на кушетку на правый бок, под таз подкладывают подушку или валик, под правое подреберье — грелку. Такое положение больного способствует смещению желудка кверху и облегчает продвижение оливы через привратник. Больной возобновляет медленное и постепенное заглатывание зонда до второй метки.

Поспешное заглатывание зонда может привести к свертыванию его в желудке.

Одновременно с продвижением оливы шприцем отсасывают содержимое желудка. Продвижение зонда через привратник в двенадцатиперстную кишку происходит только во время открытия привратника. Помочь продвижению оливы при спазме привратника можно следующими способами: 1) если спазм обусловлен высокой кислотностью желудочного сока, следует отсосать его шприцем и дать больному выпить стакан 2 % раствора гидрокарбоната натрия; 2) сделать инъекцию 1 мл 0,1 % раствора атропина; 3) сделать массаж верхней половины живота, сначала в положении больного на спине — снизу вверх, затем в положении больного на правом боку — слева направо.

Проверить место нахождения оливы можно по характеру отсасываемой жидкости. Пока олива в желудке, получают кислое мутное

содержимое (смоченная лакмусовая бумажка краснеет), иногда с примесью желтовато-зеленоватой желчи в результате забрасывания кишечного содержимого в желудок. Когда олива проникает в двенадцатиперстную кишку, начинает отсасываться золотистая прозрачная жидкость щелочной реакции (смесь кишечного сока, секрета поджелудочной железы и желчи, постоянно выделяемой из общего желчного протока) — порция А. Наружный конец зонда опускают в пробирку, и жидкость свободно вытекает или ее отсасывают шприцем. Затем больной ложится на спину, через зонд вводят 50—60 мл подогретого до 40 ° 33 % раствора сульфата магния и накладывают на 5—10 мин на наружный конец зонда зажим. Раствор сульфата магния вызывает рефлекторное сокращение желчного пузыря с одновременным расслаблением сфинктера общего желчного протока; в результате концентрированная пузырная желчь поступает в двенадцатиперстную кишку и зонд. Если этого не происходит, через 15—20 мин можно повторить введение сульфата магния. Аналогичным свойством вызывать рефлекторное сокращение желчного пузыря обладает растительное масло, вводимое в подогретом виде в количестве 20 мл, или 10 % раствор пептона. «Пузырный» рефлекс можно получить через 10—20 мин после инъекции питуитрина или введения через зонд 0,5 % раствора новокаина.

Пузырная желчь — порция В — имеет темно-оливковый цвет, она более вязкая, относительная плотность ее выше, чем желчи порций А и С. Ее собирают в отдельный сосуд и измеряют; в норме ее должно быть 50—60 мл, а выделение большего количества (до 150 мл) свидетельствует о застое желчи в желчном пузыре. Отдельно берут несколько миллилитров желчи порции В в стерильную пробирку на посев. Постепенно выделение темной желчи заканчивается, и вновь начинает выделяться золотисто-желтая (светлее порции А) — порция С: смесь желчи из внутрипеченочных желчных ходов и других соков двенадцатиперстной кишки. После получения этой порции зонд извлекают.

«Пузырный» рефлекс не удается получить при нарушении концентрационной и двигательной функций желчного пузыря у больных с желчнокаменной болезнью и хроническим холециститом со сморщиванием пузыря, при закупорке камнем пузырного протока, при заболевании печени с нарушением желчевыделения и т. д. Иногда рефлекс, особенно при первом зондировании, не удается получить и у здоровых людей. В большинстве случаев это связано с нарушением техники зондирования, небрежной подготовкой, отсутствием надлежащей окружающей обстановки.

Если дуоденальное зондирование производилось с целью обнаружить лямблии, то полученные порции следует доставить в лабораторию в теплом виде (при охлаждении лямблии перестают двигаться и становятся не видны под микроскопом), для чего пробирки в течение зондирования можно сохранять в сосуде с горячей водой. Лучше всего лабораторный анализ полученного содержимого произвести тотчас же, так как пищеварительные ферменты переваривают лейкоциты. Если микроскопическое исследование немедленно сделать невозможно, следует добавить к полученным порциям по 2—3 капли 1 % раствора сулемы или смешать содержимое пробирок с 10 % раствором формалина в количестве 1/3 объема содержимого пробирки и подогреть почти до кипения.

Иногда при холециститах после получения порции С через зонд вводят раствор антибиотика. Через зонд можно также промыть кишечник при чрезмерном развитии в нем бродильных или гнилостных процессов. Для промывания берут подогретую до 40—45 °С минеральную воду и вводят ее через зонд в течение 10—15 мин. Для первого промывания берут 1 л минеральной воды, и если больной хорошо переносит процедуру, количество минеральной воды можно увеличить до 2—3 л.

ЗОНДИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА предпринимают для получения желудочного содержимого с целью исследования секреторной и двигательной функции желудка.

Противопоказания: кровотечения пищеводные и желудочные; большие и пенетрирующие язвы желудка; воспалительные заболевания и изъязвления в полости рта и глотки; выраженные сердечно-сосудистые заболевания — аневризма аорты, стенокардия, инфаркт миокарда. Желудочное содержимое получают натощак и после пробного завтрака.

Одномоментное извлечение желудочного содержимого с помощью толстого зонда в настоящее время признано нецелесообразным в связи с тем, что при инертном типе секреции получают резко искаженные результаты.

Для исследования желудочной секреции тонким зондом фракционным методом применяют следующие пробные завтраки: 7 % капустный отвар (300 мл); теплый мясной бульон (300 мл); 5 % раствор алкоголя (300 мл); раствор кофеина (0,2 г на 300 мл воды). Недостатком пробных завтраков является то, что бульон хотя и физиологичен, но имеет непостоянный состав; алкогольный и кофеиновый завтраки легко приготовить в одной и той же концентрации, но они не физиологичны и их можно применять не у всех больных. В настоящее время лучшим пробным завтраком для фракционного исследования желудочного сока считается 7 % отвар сухой капусты. Фракционные исследования желудочного сока тонким зондом позволяют получить более правильное представление о секреторной функции желудка, чем одномоментное исследование.

Техника зондирования желудка тонким зондом. Для фракционного исследования желудочного сока берут тонкий зонд диаметром 4—5 мм и длиной 1 м. Один конец закруглен и имеет два боковых отверстия; на расстоянии 40—45 см от закругленного конца имеется метка. Кроме того, нужно приготовить шприц емкостью 10 или 20 мл, штатив с пробирками, 3 стакана с делениями и пробный завтрак.

Закругленный конец тонкого зонда вводят глубоко в зев, и больной его заглатывает до метки. Если больной не может проглотить зонд, можно ввести его через нос. Затем на наружный конец зонда надевают шприц, им отсасывают содержимое желудка натощак и сливают в стакан. После этого вводят пробный завтрак; больной может его выпить, но лучше ввести завтрак через зонд, пользуясь цилиндром шприца без поршня как воронкой. Наружный конец зонда в промежутках между отсасыванием содержимого желудка завязывают или закрывают наложением зажима. В дальнейшем можно пользоваться распространенной методикой Лепорского: 1) через 10 мин после введения завтрака отсасывают 10 мл содержимого во второй стакан; 2) через 15 мин после этой порции (т. е. через 25 мин после введения завтрака) отсасывают все содержимое желудка, удаляя оставшуюся часть пробного завтрака в третий стакан; 3) в дальнейшем с промежутками 15 мин отсасывают 5 порций чистого желудочного сока и сливают их в пробирки. Таким образом, получается всего 8 порций желудочного содержимого: одна — полученная натощак, две — смесь пробного завтрака и желудочного сока и пять — чистый желудочный сок. Все эти порции получают в течение 100 мин.

Определяют количество каждой порции, количество чистого желудочного сока, выделяющегося за 1 ч,— «часовое напряжение». В каждой порции определяют количество свободной хлористоводородной кислоты, общую кислотность, хлориды и т. д. Данные записывают графически, получая кривые кислотности.

Беззондовое исследование желудочной секреции. В тех случаях, когда введение зонда противопоказано, можно исследовать секреторную функцию желудка при помощи беззондовых методов. Эти методы просты при выполнении, кроме того, щадят психику больного. Наиболее распространено определение кислотности желудочного содержимого с помощью ионообменных смол.

Обследуемый утром освобождает мочевой пузырь, затем ему дают пробный завтрак, состоящий из 300 мл 5 % спирта. Через 1 ч обследуемый освобождает мочевой пузырь (эту порцию мочи сохраняют для контроля) и принимает 1 г ионообменной смолы, обогащенной гидрохлоридом хинина. Порошок заранее разводят в 1/4 стакана кипяченой воды. Эту смесь больной запивает холодной кипяченой водой. Через 1 и 2 ч собирают мочу и отсылают в лабораторию.

Под воздействием свободной хлористоводородной кислоты в желудке отщепляется хинин, всасывается в кровь, выводится почками и обнаруживается в моче. По количеству хинина, определенного в моче, судят о кислотности желудочного сока.

ИНГАЛЯЦИЯ — метод введения в организм различных лекарственных средств в распыленном виде (аэрозоли). Аэрозоли — дисперсные системы, в которых дисперсной фазой являются мелкие частицы твердого или жидкого вещества; природные аэрозоли — дым, пыль, туман, дождь, морской прибой. Естественные аэрозоли широко используются в курортных условиях (климатотерапия).

Мелкие аэрозоли свободно проникают в дыхательные пути, в кровь и дают лечебный эффект. Ингаляции применяют для разжижения мокроты, для улучшения бронхиальной проходимости, для борьбы с инфекцией, а также в целях профилактики, главным образом для защиты слизистых оболочек дыхательных путей от вредного воздействия химических веществ.

Различные аппараты предложены для аэрозолей. Наиболее простой и распространенный аппарат, которым можно пользоваться не только в лечебных учреждениях, но и в домашних условиях,— это паровая ингаляция. Она применяется при острых респираторных заболеваниях, ангинах, трахеитах и др. Больной при этой процедуре вдыхает пар с лекарственным веществом при температуре не выше 45° С. Паровая ингаляция противопоказана при гипертонической болезни, пневмониях, абсцессах легких и других заболеваниях.

Для защиты слизистой оболочки дыхательных путей применяют масляную ингаляцию. Для масляных ингаляций используют растительные масла: миндальное, персиковое, абрикосовое или рафинированное подсолнечное. Довольно часто к масляным ингаляциям добавляют ментол (1—3 %), который оказывает болеутоляющее и бактерицидное действие.

Применяют аэрозоли с антибиотиками.

При проведении аэрозольной терапии могут возникнуть осложнения в виде сухости и гиперемии слизистых оболочек, фарингита, глоссита, ларингита, трахеита и стоматита. В таких случаях необходимо отменить аэрозоли с антибиотиками.

ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ «ИЗО РТА В РОТ» И «ИЗО РТА В НОС» — эффективный метод реанимационных мероприятий. Проведение искусственного дыхания по Сильвестру, Шеферу и другим методикам менее эффективно.

Техника проведения. Пострадавшего укладывают на спину, запрокидывают голову назад. Полость рта очищают от слизи, желудочного содержимого, крови, покрывают марлевой салфеткой или платком.

Оказывающий помощь левой рукой отводит нижнюю челюсть больного, а правой зажимает ему нос. Сделав глубокий вдох, оказывающий помощь, обхватив ртом губы пострадавшего, делает ему в рот максимальный выдох. Если по каким-либо причинам нельзя делать выдох больному в рот, то ему зажимают рот и делают выдох в нос. Производят 10—15 вдуваний. Эффект виден по амплитуде движений грудной клетки. Одновременно с началом искусственной вентиляции проверяют наличие сердечных сокращений. В случае их отсутствия тотчас начинают массаж сердца.

Для искусственной вентиляции легких можно использовать ручной портативный аппарат или специальный дыхательный мешок.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ. В терапевтической практике применяют для выведения из мочевого пузыря мочи при ее задержке или при необходимости получить чистую мочу для исследо-

вания. Простерилизованные катетеры и пинцет, стерильные ватные тампоны, пропитанные дезинфицирующим раствором, укладывают в стерильный лоток, берут флакон со стерильным глицерином и лоток для мочи (металлические, резиновые и пластмассовые катетеры стерилизуют кипячением, а эластические — парами формалина).

Больного (или больную) укладывают на спину, ноги полусогнуты в коленях и разведены; между ног ставят лоток для мочи. Мягкие и эластические катетеры вводят легко без риска повредить уретру. Закругленный конец мягкого катетера держат пинцетом, а наружный его конец — пальцами. Если катетеризуют мужчину, то становятся справа от него. Левой рукой берут половой член за головку, а правой вводят закругленный конец катетера в отверстие мочеиспускательного канала и пинцетом осторожно проталкивают его в мочевой пузырь до появления мочи.

При катетеризации женщин встают справа от больной. Левой рукой раздвигают половые губы, находят наружное отверстие мочеиспускательного канала, держа правой рукой пинцет, горизонтально вводят катетер до появления мочи.

КИСЛОРОДНАЯ ТЕРАПИЯ. В медицинские учреждения кислород доставляют в баллонах под давлением 150 атм. Кислород больному можно давать из кислородной подушки, однако этот способ весьма несовершенен. В большинстве современных больниц и клиник оборудована централизованная подача кислорода в палаты. Баллоны с кислородом при этом находятся в отдельном помещении, где предусмотрено все необходимое для предотвращения несчастных случаев. Меняет баллоны и наблюдает за исправностью всей системы специально подготовленный технический персонал. К баллонам присоединяют редуктор — прибор, снижающий давление со 150 до 2—3 атм, а затем по специальной проводке (для нее используют трубки диаметром до 8—10 мм) кислород поступает в палаты, где от основной магистрали к койке каждого больного имеются отводы, заканчивающиеся приспособлением для увлажнения кислорода (сухой кислород раздражает дыхательные пути) и краном, позволяющим регулировать количество поступающего кислорода.

Ингаляцию кислорода больному можно производить при помощи резинового катетера, который вводят через нижний носовой ход в носоглотку, для чего катетер следует ввести в нос приблизительно на 15 см. Катетер фиксируют к коже щек или височной области полоской липкого пластыря. Можно также пользоваться резиновой маской с клапанами. Один из них открывается при вдохе, пропуская кислород, второй открывает отверстие для выдыхаемого воздуха при выдохе.

Приспособление для увлажнения кислорода представляет собой сосуд с двумя трубками — длинной и короткой, напоминающий аппарат Боброва. Сосуд наполовину наполняют водой, систему, подающую кислород, присоединяют к длинной трубке, а к короткой — катетер или маску.

При оказании неотложной помощи удобны переносные кислородные ингаляторы, имеющие запас кислорода в небольшом баллоне.

Для ингаляций кислорода применяют также так называемую кислородную палатку, в которую помещают больного. Палатка, помимо устройства, регулирующего подачу кислорода, имеет приспособление для поглощения углекислого газа.

КЛИЗМЫ. Различают клизмы: очистительные, послабляющие, сифонные, лечебные и питательные.

Противопоказания к применению клизм: острые воспалительные заболевания в области заднего прохода, кровоточащий геморрой, опухоли в стадии распада, острый колит, желудочное и кишечное кровотечение.

Очистительные клизмы применяют при запорах, отравлениях, перед рентгенологическими исследованиями, а также перед введением лекарственных и питательных клизм. Эту клизму можно делать из чистой кипяченой воды или с добавлением ромашки, 2—3 столовых ложек глицерина или вазелинового масла. В предварительно промытую кружку Эсмарха наливают 1 л воды индифферентной температуры или теплой и, открыв кран, заполняют ею трубку, вытесняя воздух. Затем кран закрывают, а кружку подвешивают на штатив или стену на высоту 0,5—1,5 м. Больной ложится на край кровати на левый бок с приведенными к животу ногами. Под него подкладывают клеенку. Заранее прокипяченный наконечник смазывают вазелином и осторожно вращательными движениями вводят в задний проход на 10—12 см, вначале по направлению, соединяющему задний проход с пупком, а потом кзади параллельно копчику. Жидкость в кружке должна убывать равномерно и не слишком быстро: если у больного появляются сильные боли, нужно опустить кружку немного ниже, чтобы уменьшить ток жидкости или закрыть кран и несколько выждать.

В тех случаях, когда наконечник закупоривается калом, его прочищают и вводят снова. Иногда каловые массы бывают настолько твердыми, что поставить клизму не удается, кал приходится извлекать из прямой кишки пальцем или ложкой. Для этого надевают резиновую перчатку или напальчники, смазанные вазелином или глицерином, и извлекают каловые камни, а затем уже ставят клизму. После того как больному поставят клизму, он должен на некоторое время (5—10 мин) задержать введенную жидкость.

При постановке очистительной клизмы следует учитывать, что чем холоднее вода, тем она сильнее раздражает слизистую оболочку кишечника и усиливает перистальтику, но слишком холодная вода может вызвать спастические сокращения и задержать опорожнение кишечника. При атонических запорах ставят прохладные клизмы (от 20° С и ниже). При спастических запорах применяют горячие клизмы (37—40° С).

Клизма очистительная с добавлением отвара ромашки. 1—2 столовые ложки сухой ромашки заваривают стаканом кипятка. Через 10—15 мин полученный настой процеживают

через марлю и выливают в воду для клизмы. Ромашка оказывает слабое вяжущее действие на слизистую оболочку кишки, а также является средством, поглощающим газы кишечника.

Клизма эмульсионная. Готовят 2 стакана теплого раствора ромашки. Взбивают желток одного яйца с чайной ложкой гидрокарбоната натрия и выливают в раствор ромашки, добавляют 2 столовые ложки глицерина или вазелинового масла.

Можно приготовить эмульсию иначе: желток одного яйца взбивают со 100 мл вазелинового масла, добавляют 1 чайную ложку воды и все это разводят в 2 стаканах теплого раствора ромашки, тщательно смешивают, полученную эмульсию вводят с клизмой. Наступает быстрое и полное опорожнение кишечника. Эти клизмы, как наиболее эффективные и менее нагрузочные, могут быть рекомендованы тяжелобольным, находящимся на постельном режиме.

Клизмы масляные. При упорных запорах, когда твердые каловые массы скапливаются в нижнем отделе кишки, ставят послабляющие клизмы из растительного масла (подсолнечное, оливковое, льняное, конопляное, вазелиновое). Преимущество этих клизм заключается в том, что масло не проникает глубоко в кишечник, не раздражает стенки кишок, а следовательно, и не усиливает перистальтику. Для одной клизмы требуется 50—100 мл (максимально 200 мл) подогретого до 37—38° С масла. Вводят обычно вечером медленно из грушевидного баллона или шприцем через резиновый катетер, введенный до 10 см. Чтобы масло не вытекало, больной должен некоторое время лежать. Масло проникает между стенкой кишки и калом, обволакивает его, расслабляет спазм кишечной мускулатуры и способствует выведению кала. Если дефекация не происходит, то через 10—12 ч надо поставить обычную очистительную клизму, глицериновые свечи.

Гипертоническая клизма применяется при парезе кишечника. Хорошее послабляющее действие без резкой перистальтики кишечника оказывает клизма из 50—100 мл теплого 10 % раствора хлорида натрия. Противопоказанием к применению гипертонической клизмы служат воспалительные и язвенные процессы в нижнем отрезке толстой кишки.

Сифонная клизма применяется при отсутствии эффекта от очистительных клизм и приема слабительных, для удаления из кишечника ядов, попавших через рот, и ядовитых веществ, выделенных из организма через кишечную стенку, при непроходимости кишечника.

Прибор для сифонной клизмы состоит из стеклянной воронки емкостью 1—2 л и системы трубок: резиновой длиной 1,5 м, короткой стеклянной — соединительной и кишечной трубки, которую можно заменить толстым желудочным зондом. На клизму заготавливают 10—12 л чистой теплой воды (35—36° С). Больной принимает положение, как при очистительной клизме. Конец кишечной трубки смазывают вазелиновым маслом и вводят в задний проход на глубину 20—30 см. Воронку держат в наклонном положении, несколько выше тела больного, заполняют водой и поднимают вверх; как только уровень убывающей воды достигнет вершины конуса воронки, ее спускают и ждут, когда она заполнится содержимым из кишечника. Наполненную воронку выливают и снова заполняют водой, промывание повторяют до появления чистой воды. Положительный эффект от сифонных клизм — отхождение газов и кала.

Клизмы лекарственные. Для введения лекарственных веществ в прямую кишку применяют микроклизмы. При этом способе введения лекарственное вещество оказывает либо местное лечебное действие на слизистую оболочку кишки, либо, всасываясь через ее стенку, оказывает общее действие (например, препараты наперстянки, хлоралгидрат, салицилат натрия и др.).

Перед постановкой лекарственной клизмы необходимо сделать очистительную клизму. Лекарство набирают в шприц, вводят в прямую кишку через резиновый наконечник. Затем в шприц набирают воздух, который вдувают в наконечник. После клизмы больной должен спокойно полежать не менее 30 мин для того, чтобы удержать лекарство.

Ромашковая клизма. Настой ромашки готовят путем заварки 1 столовой ложки (15 г) ромашки в стакане крутого кипятка. Через 10—15 мин полученный настой процеживают через марлю, набирают в грушу и теплым вводят в прямую кишку. Ромашковые клизмы обладают вяжущим свойством и полезны при воспалительных явлениях в дистальных отделах толстой кишки.

Клизмы крахмальные. Крахмал (картофельный, рисовый, кукурузный, пшеничный) в количестве 5 г тщательно разводят в 100 мл прохладной воды и доливают 100 мл кипятка, затем остужают до 38—40° С и вводят в прямую кишку. Клизмы применяют для уменьшения перистальтики кишечника и как обволакивающее, смягчающее средство при острых колитах.

Клизмы антипириновые. При сильных болях в прямой кишке назначают микроклизму из антипирина, оказывающую противовоспалительное действие. Для одной клизмы берут 0,3—0,5 г антипирина и 10 мл теплой воды.

Хлоралгидрат в клизме применяют в смеси с обволакивающими веществами ввиду раздражающего его действия на слизистую оболочку кишки. На одну клизму следует взять 1 г хлоралгидрата, развести его в 25 мл дистиллированной воды и добавить 25 г коллоидального (заваренного) раствора крахмала (из расчета 1 : 50). Клизмы из хлоралгидрата назначают больным при резком возбуждении, судорогах.

Клизмы капельные. Через прямую кишку при помощи капельных клизм можно ввести значительное количество жидкости (до 2 л), чаще в виде изотонического (0,85 %) раствора натрия, 5 % раствора глюкозы или 15 % раствора аминокислот. Капельные клизмы применяют с лечебной целью при обезвоживании, интоксикациях, а также для искусственно-

го питания. Прибор для капельных клизм собирают из кружки Эсмарха, резиновой трубки со вставленной между ее отрезками капельницей, соединительной трубки и кишечной трубки. Перед капельницей на резиновой трубке укрепляют винтовой зажим, при помощи которого можно регулировать поступление жидкости в капельницу (60—100 капель в минуту).

Клизмы питательные — самый простой и распространенный способ искусственного питания больных. Они применяются при расстройстве глотания, непроходимости пищевода, при бессознательном состоянии больного. Сложные питательные смеси из жиров, белков и углеводов вводить не следует, так как они в толстой кишке не всасываются. Из прямой кишки всасываются вода, изотонический раствор хлорида натрия, 5 % раствор глюкозы, эмульгированные жиры, пептоны (продукт распада белка), дефибринированная кровь, 3—4 % раствор алкоголя. В питательный раствор для подавления перистальтики кишечника добавляют 5—10 капель настойки опия. Ставить питательную клизму следует через 1/2 — 1 ч после очистительной клизмы.

КОМПРЕССЫ. Согревающий компресс — наиболее распространенная процедура. Основой лечебного действия является длительное равномерное согревание тканей. Применяют для рассасывания местных воспалительных процессов на коже, в подкожной жировой клетчатке, в суставах, а также как болеутоляющее средство при дискинезиях желудочно-кишечного тракта, желчного пузыря, колитах. Компресс состоит из 4 слоев. Первый слой должен быть несколько больше размеров участка тела, подлежащего воздействию, а каждый последующий слой на 2—3 см больше предыдущего. Берут лоскут ткани, сложенный в 2—3 раза, смачивают в воде (18—20°), в разбавленном спирте (35—40 %) или водке, туго отжимают и прикладывают к телу; второй слой — клеенка или вощеная бумага, а затем слой ваты. Компресс плотно фиксируют бинтом или стерильной тканью, но не туго, чтобы не сдавить сосуды. При необходимости поставить компресс на всю грудь или на живот слой клеенки и ваты сшивают в виде жилета или широкого пояса, а для влажного слоя вырезают соответствующей формы кусок полотна.

Холодный компресс (примочки) применяют при носовых кровотечениях, на область сердца при сердцебиении, на голову при лихорадке. Кусок ткани (лучше льняной) складывают в несколько слоев, смачивают в холодной воде, слегка отжимают и накладывают на соответствующий участок тела. Через 2—3 мин его заменяют свежим; компресс надо накладывать в течение часа и более.

КРОВОПУСКАНИЕ используют при отеке легких, гипертоническом кризе, острых отравлениях. Противопоказанием служит анемия и относительным противопоказанием — гипотония. Кровопускание обычно делают из вены локтевого сгиба в положении лежа или сидя в зависимости от состояния больного. Количество выпускаемой крови чаще всего колеблется от 300 до 500 мл. Кровопускание производят специальной иглой Дюфо (при отсутствии такой можно пользоваться обычной толстой иглой от шприца) методом венепункции. После остановки кровотечения на место прокола накладывают асептическую повязку. Кровопускание производит врач.

КРИОТЕРАПИЯ — лечение холодом применяют при ушибах, переломах конечностей, при папилломах, поверхностных гематомах, при острых воспалительных заболеваниях различных органов брюшной полости (острый холецистит, панкреатит и др.). Фельдшер должен объяснить больному, что при острых болях в животе, внезапных желудочных или маточных кровотечениях, до прихода медицинского работника (медсестры, фельдшера, врача) следует применять холод.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ. Фельдшер и акушерка, медицинская сестра должны знать дозировку лекарств и их свойства — цвет, вкус, запах, а также правила выписки, хранения и раздачи лекарств. Во избежание ошибки нельзя переливать лекарства из одного флакона в другой или перекладывать порошки и таблетки из одного пакета в другой. Перед тем как дать больному лекарство, нужно внимательно прочитать этикетку и убедиться, что это именно то лекарство, которое назначено больному, и что срок его годности, обозначенный на этикетке, не истек. Нельзя давать больному лекарство, цвет которого, несмотря на то что срок годности его не истек, изменен, в котором появился осадок и т. д. При раздаче лекарств необходимо строго соблюдать назначенную врачом дозу, а также сроки, время и последовательность приема лекарств, если назначен не один препарат, а несколько. Больной должен принять лекарство обязательно в присутствии фельдшера или медицинской сестры.

У некоторых больных существует повышенная или извращенная чувствительность к какому-либо лекарству, иногда полная непереносимость его. Поэтому нужно внимательно следить, не появляется ли у больного каких-либо нежелательных симптомов, и если это будет отмечено, немедленно сообщить врачу.

МАССАЖ СЕРДЦА НЕПРЯМОЙ — применяют при внезапной остановке сердца, фибрилляции желудочков, терминальных состояниях и др.

Массаж сердца всегда необходимо сочетать с искусственным дыханием в соотношении 3:1 — 5:1.

Больного укладывают на твердую и ровную поверхность. Фельдшер или врач становятся сбоку по отношению к больному. В области нижней трети грудины проксимальной частью ладони (верхняя ладонь помогает нижней) производят ритмичные энергичные надавливания с частотой 50—60 в минуту. Грудина должна прогибаться на 5—6 см.

Осложнения: при чрезмерном давлении на грудную клетку возможны переломы ребер, травмирование сердца, легких, печени.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ. Артериальное давление. Величина АД зависит от ряда

факторов, главным образом от силы сокращения сердца, сопротивления, которое оказывают току крови периферические сосуды — артериолы и капилляры и др. При измерении АД методом Короткова плотно, но не туго накладывают манжету регистрирующего аппарата (ртутного тонометра) на плечо. Аппарат устанавливают на уровне сердца. К месту пульсации локтевой артерии в локтевой ямке прикладывают фонендоскоп и нагнетают воздух в манжету. Достигнув давления 26,7—33,3 кПа (200—250 мм рт. ст.) останавливают нагнетание воздуха и очень медленно, отвинчивая винт, снижают давление до появления первого тона. Этот момент отмечают на шкале аппарата: он указывает на систолическое давление крови в сосудах. Продолжая снижать давление в манжете, регистрируют момент резкого ослабления (звучности) тона и полное его исчезновение, что указывает на величину диастолического давления.

У здорового человека в возрасте 20—40 лет систолическое давление колеблется в пределах 16,7—18,7 кПа (125—140 мм рт. ст.), в более пожилом возрасте оно может быть выше — 21,3—22,7 кПа (160—170 мм рт. ст.). Диастолическое давление в более молодом возрасте обычно стабильно — 9,33—10,0 кПа (70—75 мм рт. ст.), а в более пожилом может колебаться от 10,0 кПа (75 мм рт. ст.) до 11,3 кПа (85 мм рт. ст.).

АД у здоровых лиц может меняться в течение суток (утром оно несколько ниже, вечером — выше).

Дыхание. Частота дыхания у здорового человека 16—18 в минуту. Подсчет дыханий нужно производить незаметно для больного. Для этого лучше всего, делая вид, что считают пульс, держать руку больного в области запястья, а в то же время незаметно следить за расширением и спадением грудной клетки (лучше за приподниманием грудины — вдох и опусканием ее — выдох). Если движения грудной клетки незаметны, нужно положить руку на грудную клетку больного и подсчитать число ее движений.

Пульс обычно считают на лучевой артерии, у запястья. Если почему-либо это невозможно, для подсчета пульса используют височную, сонную, бедренную артерии и др. Сосчитывают число пульсовых ударов в минуту. У здорового взрослого человека частота пульса колеблется от 60 до 80 в минуту. Отмечают ритм (правильный и неправильный), наполнение пульса (полный, слабого наполнения). Наполнение пульса зависит от сократительной способности сердечной мышцы, количества циркулирующей крови, тонуса сосудов.

Примерная запись фельдшера о состоянии пульса: пульс 74 в минуту, правильного ритма, полный; пульс 88 в минуту, ритм неправильный, с паузой после каждых 10—12 ударов, слабого наполнения.

Спирометрия. Для измерения жизненной емкости легких (ЖЕЛ) служит спирометр. После спокойного отдыха (5—10 мин) больной закрывает нос рукой или салфеткой и производит глубокий вдох через рот, а затем медленно выдыхает в трубку спирометра; фельдшер отмечает на шкале деление, соответствующее максимальному подъему. При отсутствии спирометра можно определить ЖЕЛ методом счета на выдохе. В норме взрослый человек может на выдохе громко и отчетливо сосчитать до 30—40. Если больной сможет сосчитать только до 10 или менее, это указывает на снижение примерно до 30 % нормальной величины.

ЖЕЛ в норме у здоровых мужчин 3,5—4,5 л, у здоровых женщин — 2,5—3,5 л, у здоровых детей зависит от возраста, степени тренированности, окружности груди и других факторов.

Температура тела у здорового человека относительно постоянна и в течение суток колеблется в пределах 36—37° С. Чаще всего колебания не превышают 0,3—0,5°. Измеряют температуру тела при помощи медицинского термометра, устроенного по типу максимального: ртутный столбик самостоятельно не опускается и показывает максимальную уловленную температуру. Обычно измеряют температуру в подмышечной впадине, кожу которой предварительно насухо вытирают. В стационаре термометры чаще всего хранят в стакане с дезинфицирующим раствором (спирт, карболово-формалиновый раствор и т. д.). На дно стакана кладут толстый слой ваты, чтобы не разбить термометр, опуская его в стакан.

Прежде чем приступить к измерению температуры, термометр стряхивают так, чтобы ртутный столбик упал ниже шкалы, и насухо вытирают. Продолжительность измерения 10 мин. В стационарах температуру тела обычно измеряют 2 раза в сутки — между 7—9 ч и 17—19 ч. В ряде случаев, по указанию врача, температуру тела измеряют 3—4 раза в день или даже каждые 2 ч. Данные измерения температуры фельдшер заносит в свою рабочую тетрадь, а затем в историю болезни и температурный лист. На последнем вычерчивают температурную кривую.

Уход за больными с повышенной температурой отличается некоторыми особенностями. При быстром повышении температуры с ознобом нужно согреть больного: укрыть его, обложить грелками, дать горячий чай. При длительном повышении температуры в пищевой рацион больного необходимо включить высококалорийные и легкоусвояемые продукты, чтобы восполнить потери организма, вызванные повышенным энергетическим расходом. Для выведения продуктов неполного обмена, отравляющих организм, и уменьшения интоксикации при инфекционной лихорадке нужно давать большое количество жидкости (если к этому нет специальных противопоказаний) в виде чая, фруктовых и ягодных соков, морсов, настоя сухих ягод (например, шиповника). Особое значение имеет обильное питье у больных, получающих сульфаниламидные препараты в связи с тем, что они могут способствовать образованию почечных камней. Обильное питье препятствует образованию конкрементов.

Снижение температуры может произойти быстро, за короткий промежуток времени (кризис), или медленно — на протяжении не-

скольких дней (лизис). При критическом снижении температуры часто наблюдается обильный пот; возбуждение или бессонница сменяется спокойным сном, пульс и дыхание выравниваются, приходят к норме. В некоторых случаях быстрое снижение температуры сопровождается острой сосудистой недостаточностью. При развитии последней фельдшер обязан немедленно вызвать врача. Больному обычно назначают кордиамин, кофеин, камфору, мезатон и другие средства, стимулирующие сердечную деятельность и повышающие тонус сосудов. Его следует согреть грелками, дать горячий чай, кофе. В тяжелых случаях может потребоваться капельное внутривенное вливание сердечно-сосудистых средств с раствором глюкозы.

ОТСАСЫВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО применяют при застойных явлениях в желудке, вследствие пареза после операции или в результате сужения привратника рубцами, опухолью, иногда перед операцией, перед дачей наркоза.

Техника. Конец тонкого желудочного зонда, смазанный вазелином, вводят через нос. Перед введением зонда просят набрать в рот воды и глотать ее одновременно с введением его, чтобы облегчить попадание в пищевод и дальнейшее продвижение в желудок. Зонд вводят до первой метки на глубину 42—50 см. К наружному концу зонда присоединяют шприц и отсасывают им содержимое желудка. Через этот же зонд при необходимости можно промыть желудок. После отсасывания шприцем наружный конец зонда опускают в сосуд с водой и ставят рядом с кроватью на низкий табурет так, чтобы наружный конец зонда был ниже конца, введенного в желудок. Содержимое желудка будет поступать в сосуд. При необходимости зонд можно оставить в таком положении на несколько часов. Если нужно усилить отток содержимого желудка, собирают простейшую отсасывающую систему из двух сосудов. Горловина одного из сосудов закрыта пробкой, через которую пропущены две стеклянные трубочки, длинная и короткая; к короткой трубке присоединяют желудочный зонд, к длинной — резиновую трубку, противоположный конец которой опускают во второй сосуд. В сосуд со стеклянной трубкой наливают воду и ставят на табурет рядом с кроватью так, чтобы она была ниже желудка; второй сосуд ставят на пол. По закону сообщающихся сосудов вода из стоящего выше сосуда устремляется в сосуд, стоящий на полу, создавая в первом отрицательное давление, что способствует отсасыванию содержимого желудка.

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ И КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ. Показания. Переливание крови производят с заместительной, стимулирующей, дезинтоксикационной и гемостатической целями. При лечении шока и терминальных состояний переливание крови — основное лечебное средство. При кровопотерях переливание крови применяется не только с заместительной, но и с кровоостанавливающей целью. Переливание крови применяется при различных отравлениях и для повышения реактивности организма.

Противопоказания: острые (кровоизлияние, тромбоз) и динамические нарушения мозгового кровообращения, тромбофлебиты, свежие инфаркты миокарда, легких, почек, аневризмы аорты и желудочка сердца, туберкулезный менингит, острый нефрит и др.

Обычно переливают консервированную кровь доноров. Иногда больному во время операции вливают его же кровь, излившуюся в грудную или брюшную полость в процессе операции, профильтровав ее через 8 слоев марли, смоченной 4 % раствором цитрата натрия и добавив в нее тот же раствор из расчета 1 часть натрия на 10 частей крови. Для переливания пользуются также трупной кровью.

Кроме переливания цельной крови, по особым показаниям пользуются переливанием отдельных составных частей крови (эритроцитной, лейкоцитной, тромбоцитной массы) и плазмы. Широко распространено переливание крове- и плазмозамещающих растворов различного состава: изотонического раствора хлорида натрия, раствора Рингера — Локка, солевого инфузина ЦИПК, серотрансфузина, кровезамещающей жидкости И. Р. Петрова, синтетических коллоидных растворов (полиглюкин, синкол), белковых гидролизатов (гидролизин, аминопептид, белковый гидролизат ЦИПК). Синтетические коллоидные растворы широко применяют при шоке, они быстро повышают АД и длительно удерживаются в кровяном русле. Белковые гидролизаты в основном применяют как питательные растворы при различных заболеваниях с нарушением обмена веществ и голоданием. Весьма эффективны комбинированные растворы, приготавливающиеся непосредственно перед переливанием из синтетических или белковых коллоидов и солевых растворов (последние особенно хороши при обезвоживании).

Основным условием лечения переливанием крови и ее составных частей является совместимость крови донора с кровью реципиента. В случае переливания несовместимой крови у реципиента произойдет склеивание эритроцитов донора (агглютинация) и их разрушение (гемолиз), в результате чего может наступить смерть реципиента.

В эритроцитах человека содержатся агглютиногены А и В, в сыворотке крови — агглютинины α и β. В зависимости от содержания в крови агглютиногенов и агглютининов все люди делятся на четыре группы (табл. 10).

Сочетания одноименных агглютиногенов и агглютининов в крови не бывает. При переливании крови в эритроцитах донора не должны содержаться агглютиногены, которым соответствуют агглютинины реципиента, иначе наступит реакция агглютинации. При наличии в крови реципиента α-агглютинина ему нельзя переливать кровь, содержащую А-агглютиноген; при наличии β-агглютининов нельзя переливать кровь с В-агглютиногенами.

Лица с $0\alpha\beta$ (I) группой крови являются универсальными донорами, лица с АВ0 (IV) группой — универсальными реципиентами.

Лучше всего для переливания пользоваться одногруппной кровью.

У 85 % людей имеется антиген — так называемый резус-фактор (Rh), эти люди резус-положительны, т. е. те, у кого в крови нет резус-фактора, являются резус-отрицательными. Если кровь резус-положительного донора перелить резус-отрицательному реципиенту, у него могут образоваться антитела, и при следующем переливании крови от резус-положительного донора произойдет реакция. Если кровь беременной резус-отрицательная, а кровь плода резус-положительная, плод может погибнуть в результате разрушения его эритроцитов резус-антителами, образовавшимися у матери. Резус-отрицательному больному нужно переливать только резус-отрицательную кровь.

Для предотвращения осложнений перед переливанием крови определяют группу крови больного и донора, резус-принадлежность больного, делают пробу на индивидуальную совместимость, биологическую пробу и, если нужно, пробу на резус-совместимость.

Определение группы крови проводят при комнатной температуре 15—20° С. Чтобы определить группу крови, нужно иметь проверенные и свежие сыворотки трех первых групп по две разные серии каждой группы. На краях чистой белой фарфоровой тарелки пишут специальным карандашом обозначения трех первых групп: 0 (I), А (II), В (III). Рядом с обозначениями на тарелку наносят по 2 капли сывороток соответствующих групп двух разных серий. Каждую пипетку после нанесения капель опускают в тот флакон с сывороткой, из которого его взяли. Три маленькие капли крови (соотношение между сывороткой и кровью 10:1 или 15:1), группу которой хотят определить, вносят отдельными стеклянными палочками в сыворотку, тщательно перемешивают и, постоянно покачивая тарелку, наблюдают в течение 5 мин. Затем добавляют в те капли смеси, где произошла агглютинация, по 1 капле изотонического раствора хлорида натрия (для устранения ложной агглютинации), размешивают и смотрят: если кровь 0 (I) группы, то агглютинация не произойдет ни в одной капле; если кровь А (II) группы, то агглютинация не произойдет с сыворотками одноименной группы, а с сыворотками 0 (I) и В (III) группы будет агглютинация; если кровь В (III) группы, то агглютинация произойдет с сыворотками 0 (I) и А (II) групп; если кровь АВ0 (IV) группы, агглютинация произойдет со всеми сыворотками; в этом случае необходимо провести контроль с сывороткой АВ0 (IV) группы, где не должно произойти агглютинации.

Определение резус-принадлежности. Для этого необходимы две серии антирезусных стандартных сывороток. В сухую стерильную пробирку берут 3—5 мл крови реципиента, после свертывания ее со дна пробирки пипеткой набирают эритроциты, взвешенные в собственной сыворотке. В чашку Петри наносят две капли антирезусной сыворотки из разных серий и к каждой капле добавляют по одной капле взвеси эритроцитов реципиента. Сыворотку и взвесь эритроцитов перемешивают отдельно в каждой капле и помещают чашку Петри в водяную баню температуры 45° С на 10 мин. Наличие агглютинации указывает принадлежность исследуемой крови к резус-положительному типу, отсутствие агглютинации — к резус-отрицательному.

Проба на индивидуальную совместимость. Эту пробу ставят непосредственно перед переливанием крови. Большую каплю сыворотки крови больного перемешивают с меньшей в 10 раз каплей донорской крови и, непрерывно покачивая тарелку, наблюдают в течение 5 мин. Появление агглютинации свидетельствует о несовместимости крови.

Проба на совместимость по резус-фактору проводится следующим образом. В пробирку без цитрата натрия берут 2—3 мл крови реципиента и после ее свертывания сгусток обводят стеклянной палочкой и кровь центрифугируют. Две капли сыворотки из этой пробирки наносят на чашку Петри, добавляют к ней полкапли крови донора, перемешивают, и чашку помещают в водяную баню (42—45° С). Через 10 мин чашку вынимают и просматривают на свету при легком покачивании. Появление агглютинации укажет на недопустимость переливания данной крови.

Переливают обычно консервированную кровь, которую можно хранить в холодильнике при температуре 2—8 °С. Сроки годности консервированной крови зависят от метода ее заготовки, состава консервирующих растворов и указаны на ампуле. Переливать консервированную кровь можно только в том случае, если плазма над осевшими эритроцитами прозрачна (без сгустков, хлопьев и пленок), янтарного цвета. Необходимо проверить, цел ли флакон с кровью, сохранены ли все этикетки и пломбы на нем. За 1 ч до переливания кровь вносят в помещение, и она постепенно приобретает комнатную температуру. Кровь, предназначенную для струйного переливания больному в со-

Таблица 10

Групповые системы крови

Группа	Агглютиногены в эритроцитах	Агглютинины в сыворотке	Обозначение группы
I	0	αβ	0αβ (I)
II	A	β	Aβ (II)
III	B	α	Bα (III)
IV	AB	0	AB0(IV)

стоянии шока или после большой кровопотери, подогревают в водяной бане до температуры 38—42° С.

Если кровь заготовлена во флаконе, то перед переливанием с флакона снимают повязку, удаляют парафин, срывают диск металлического колпачка и обнаженную поверхность резиновой пробки обрабатывают 5 % раствором йода. Берут две иглы для переливания крови, длинную и короткую, стерилизуют и вводят во флакон, проколов резиновую пробку. Длинную иглу вводят вместе с точно подогнанным мандреном. К короткой игле присоединяют систему для переливания крови, состоящую из стандартной резиновой трубки длиной 60—70 см с вмонтированными в нее фильтром-капельницей и контрольной стеклянной трубкой. Трубка заканчивается канюлей для соединения с иглой Дюфо. На резиновую трубку системы накладывают зажим, флакон поворачивают вверх дном, при этом конец длинной иглы оказывается в воздушном пространстве над уровнем крови. Из длинной иглы извлекают мандрен и надевают на нее резиновую трубку с ватным фильтром. Через короткую иглу из флакона выходит кровь, а через длинную в него поступает воздух. После снятия зажима кровь заполняет систему и полностью вытесняет воздух. Затем иглой Дюфо делают пункцию вены, соединяют ее с системой и производят переливание.

Биологическая проба. Переливание крови начинают с биологической пробы: первые 75 мл крови вливают больному в три этапа по 25 мл. Вливание каждой порции должно длиться 25—30 с, а паузы — 2—3 мин. Если реакция отсутствует, можно переливать кровь. При несовместимости крови пульс учащается, наполнение его уменьшается, дыхание учащается и становится поверхностным, кожа то бледнеет, то краснеет. Больной жалуется на боли в пояснице, груди и конечностях, тошноту, может наступить рвота. При появлении хотя бы одного из этих признаков переливание прекращают. Следует учитывать, что сердцебиение может выражать психическую реакцию больного на переливание крови.

Чаще всего при переливании крови пользуются венами (локтевого сгиба, голени и стопы, наружной яремной), при терминальных состояниях нагнетают кровь в артерии. Переливание крови в костный мозг производят только в тех случаях, когда внутривенное вливание невыполнимо (часто это бывает у детей).

Переливать кровь можно струйно, дробными порциями и капельно. Для длительных капельных переливаний лучше делать венесекцию и вводить в вену больного не иглу, а стеклянную канюлю или тонкую пластмассовую трубку, конечность фиксировать. Капельное переливание нужно делать медленно, со скоростью 50—60 капель в минуту. Для капельных переливаний обычно пользуются капельницами, которые вставляют в систему трубок для переливания крови; скорость капания регулируют винтовым зажимом.

Кровезамещающие растворы вливают из колб методом сифона или из ампул и флаконов с помощью тех же систем трубок, которые применяют для переливания крови. Вливание этих растворов нужно производить капельно, так как при быстром их введении они плохо всасываются. Быстрое введение белковых гидролизатов может дать реакцию в виде покраснения лица, тошноты и рвоты. Во время операции обычно начинают с капельного вливания солевых растворов, затем при необходимости переходят к переливанию крови.

Осложнения при переливании крови связаны с переливанием несовместимой крови и с погрешностями в технике переливания. При переливании несовместимой крови развивается тяжелый шок, выражающийся острым расстройством кровообращения (резкое падение АД) и дыхания (одышка, удушье); может наступить временное улучшение, а затем развивается острая почечная недостаточность, от которой в основном и умирает больной. Лечение в острой стадии шока должно проводиться немедленно. Применяют переливания одногруппной крови, плазмы, полиглюкина, противошоковых растворов, делают околопочечную новокаиновую блокаду, вводят сердечно-сосудистые средства. В дальнейшем, если развивается почечная недостаточность, проводят лечение, направленное на ее ликвидацию. Если консервативное лечение неэффективно, производят гемодиализ с применением аппарата «искусственная почка».

Результатом погрешностей в технике переливания крови может явиться эмболия воздухом или сгустками крови.

Лихорадочная реакция на переливание крови часто зависит от недостаточного очищения и стерилизации аппаратуры, которая должна производиться строго по инструкции. Смонтированные системы для переливания крови с иглами вместе с несколькими марлевыми шариками и палочкой с ватой заворачивают в полотенце или простыню и стерилизуют в автоклаве в течение 1 ч при давлении 1,5 атм. Если после стерилизации прошло более 72 ч, систему нельзя использовать для переливания, ее следует снова простерилизовать в автоклаве. Допускается и стерилизация кипячением в дистиллированной воде в течение 20 мин. Немедленно после переливания крови иглы промывают водопроводной водой, а каналы их прочищают мандреном. Системы разбирают и тщательно промывают струей проточной воды, резиновые трубки при этом многократно массируют для удаления из них сгустков крови.

ПИЯВКИ. В секрете слюнных желез пиявок содержится гирудин — вещество, замедляющее свертывание крови. Из секрета выделено еще одно вещество — гиалуронидаза — фермент, способствующий расщеплению гиалуроновой кислоты, входящей в состав основного вещества соединительной ткани. Насасывает пиявка до 10—15 мл крови. Эти свойства пиявки и используют для лечения. При гипертонических кризах и так называемых предынсультных состояниях пиявки ставят в количестве 4—6 штук на сосцевидные отростки по вертикальной линии, отступя 1 см от ушной раковины. Ближе к ушной раковине прикладывать их нельзя, так как там проходят поверхно-

стные вены и пиявки могут вызвать сильное кровотечение. Ставить пиявки на сосцевидные отростки лучше в положении больного сидя.

При затянувшихся повторных приступах стенокардии, инфаркте миокарда в остром периоде пиявки оказывают и обезболивающее действие. Пиявки ставят в количестве 8—10 штук на область сердца в третьем, четвертом и пятом межреберьях, отступя от грудины на 1 см.

При болезненной застойной печени 10—12 пиявок ставят на область печени вдоль реберного края. Этим достигается рефлекторное изменение кровообращения и некоторое кровоизвлечение.

Противопоказания к применению пиявок: нарушения свертывающей системы крови, болезни кожи; относительным противопоказанием является анемия. Нельзя ставить пиявки в период проведения лечения антикоагулянтами. Следует учитывать аллергические проявления при постановке пиявок в прошлом.

Техника. Перед процедурой необходимо протереть кожу спиртом или перекисью водорода, а затем ватой, смоченной в горячей воде. После обработки кожи поднести к месту применения пиявок открытый сосуд с пиявками и пинцетом направлять пиявку к соответствующей точке. Как только пиявка прокусит кожу и присосется, появляются волнообразные движения в передней части ее тела. В этот момент нужно освободить пиявку из сосуда, подложить под ее заднюю присоску тонкий слой стерильной ваты или марли, так как прикрепление к коже больного задней присоски понижает активность сосания пиявки. Затем ставят следующие пиявки. Пиявка насасывается за 20 мин — 11/2 ч. Отпавших пиявок следует уничтожать, положив их в раствор формалина или нашатырного спирта. Раны от укуса пиявок кровоточат 6—24 ч, из каждой ранки вытекает 10—40 мл крови.

После того как все пиявки отпадут, накладывают сухую стерильную повязку с большим количеством ваты на сутки; при большой кровопотере накладывают давящую повязку, ранки прижигают кристаллами перманганата калия.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

Подготовка больного к рентгенологическому исследованию желудка и тонкой кишки. Накануне обследования исключают из рациона овощи, фрукты, хлеб, молоко. Можно есть творог, яйца, протертые овощные супы, отварную рыбу, уху, отварное мясо, манную кашу, кисель. При выраженном метеоризме за 3 дня до рентгенологического исследования назначают различные адсорбенты (настой ромашки, карболен и др.).

Исследование желудка производят натощак: за 7—8 ч до него больной не должен пить, принимать пищу, лекарства, категорически запрещается курение. При повышенной секреции перед исследованием отсасывают желудочное содержимое с помощью толстого или тонкого зонда.

Подготовка к рентгенологическому исследованию толстой кишки методом ирригоскопии. За 3 дня до исследования в пище больного ограничивают содержание углеводов. При метеоризме дают настой ромашки и карболен. Накануне исследования до обеда дают 30 г касторового масла, вечером и утром в день исследования делают очистительную клизму. За 30—40 мин до исследования больному вводят газоотводную трубку.

Подготовка к рентгенологическому исследованию мочевыводящей системы (урография). При подготовке больного к рентгенологическому исследованию почек, почечных лоханок, мочеточников и мочевого пузыря проверяют чувствительность больного к контрастному препарату. За день до исследования вводят в/в 1—2 мл препарата (как правило, из «тестампулы», прилагаемой к этому средству) и наблюдают за реакцией больного. Исследование не производят при насморке, повышении температуры тела, ознобе, кожном зуде и других аллергических явлениях. Перед внутривенной урографией в течение 2—3 дней назначают специальную диету (без черного хлеба, фруктов, сладостей). За 12 ч до исследования мочевыводящей системы полностью прекращается прием пищи и жидкости. Очистительную клизму с добавлением отвара ромашки назначают вечером накануне и утром за 2 ч до исследования.

При метеоризме показаны настой ромашки и карболен. Непосредственно перед исследованием необходимо освободить мочевой пузырь.

Подготовка больного к холецистографии. За 2—3 дня из пищевого рациона больного исключают продукты, богатые жирами и углеводами, молоко, хлеб (особенно ржаной), некоторые овощи (картофель, капуста), трудноперевариваемые фрукты (яблоки, хурма и др.), вызывающие брожение (чернослив). Накануне исследования назначают легкую пищу в ограниченном количестве. Последний прием пищи за 12 ч до рентгенографии; запрещается курение и употребление медикаментов.

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА производят в порядке оказания неотложной помощи при отравлениях ядами или недоброкачественной пищей, с лечебной целью при некоторых заболеваниях, например у больных хроническим гастритом для удаления из желудка накапливающейся в нем слизи, с целью опорожнения желудка при сужении привратника и застое желудочного содержимого и т. д.

Промывают желудок обычно водой комнатной температуры, нередко с добавлением гидрокарбоната натрия или перманганата калия.

Для промывания желудка необходимы толстый желудочный зонд, стеклянная воронка емкостью 0,5—1 л, соединенная с толстой резиновой трубкой, кувшин и таз для промывных вод. Заранее заготавливают 5—10 л теплой воды.

Больного усаживают на стул и надевают на него длинный фартук из клеенки или полиэти-

леновой пленки. Больной слегка наклоняет голову вперед и открывает рот. Конец зонда кладут ему на корень языка и предлагают сделать глотательное движение, одновременно продвигая зонд. Больной должен дышать глубоко и не задерживать дыхание. Зонд продвигают на 40—45 см и конец его соединяют с трубкой и воронкой. Держа воронку ниже груди больного, наливают в нее воду, а затем поднимают на 25—30 см выше головы больного, при этом жидкость поступает в желудок. Как только уровень воды достигнет горлышка воронки, последнюю наклонно опускают и выливают содержимое в таз. Первую порцию промывных вод отправляют в лабораторию для исследования. Промывают желудок до получения чистых промывных вод.

Больным, находящимся в бессознательном состоянии, желудок промывают с помощью тонкого зонда (лучше через нос). Перед введением зонда снимают зубные протезы, удаляют тампоном из полости рта слизь и рвотные массы, придают больному положение с наклоном туловища книзу, голову повертывают набок и несколько свешивают вниз, чтобы избежать аспирации промывных вод. Зонд, обильно смазанный маслом (вазелиновое, подсолнечное), вводят по задней стенке глотки. Отсосав шприцем содержимое и убедившись по запаху и виду, что зонд находится в желудке, приступают к промыванию. Введение воды в желудок и отсасывание производят шприцем.

ПРОМЫВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. Приготавливают стерильные катетеры и кружку Эсмарха с резиновой трубкой. В кружку наливают 500—1000 мл стерильного подогретого (38—40 °С) лекарственного раствора и подвешивают ее на штатив. На резиновую трубку надевают зажим. Катетером выпускают мочу, затем, не вынимая катетер, соединяют его с резиновой трубкой от кружки и вводят в мочевой пузырь 200—300 мл раствора; разъединяют трубку от катетера, и введенное количество жидкости выливается. Введение раствора повторяют несколько раз.

ПУНКЦИЯ БРЮШИНЫ производится врачом или фельдшером с диагностической или лечебной целью: для исследования и удаления свободной жидкости из брюшной полости и наложения пневмоперитонеума.

Подготовка к пункции. Для этой манипуляции необходимо подготовить специальные инструменты — троакар для прокола брюшной стенки диаметром 3—4 см с толстым остроконечным мандреном, дренажную резиновую трубку до 1 м длиной, зажим, шприц вместимостью 5—10 мл, хлорэтил для анестезии или 0,25 % раствор новокаина, таз для собирания асцитической жидкости, стерильные пробирки, предметные стекла для исследования асцитической жидкости, стерильный бинт (марлю), вату, коллодий. Стерилизацию инструментов и подготовку рук врача или фельдшера, а также операционного поля производят, как для операции. Перед проколом брюшины накануне освобождается кишечник, а в день прокола (непосредственно перед процедурой) — мочевой пузырь. Положение больного во время процедуры — сидя, а при тяжелом состоянии — лежа в постели. В положении сидя больной должен прилежать к верхней половине спинки стула; в положении лежа следует наклонить туловище слегка на правый бок.

Прокол делают по средней линии живота немного ниже середины расстояния между пупком и лобком или по линии, соединяющей пупок с передневерхней остью левой подвздошной кости на расстоянии 3—5 см от последней. Для наложения пневмоперитонеума прокол можно делать по наружному краю левой прямой мышцы живота на уровне пупка, а для перитонеоскопии — в различных местах в зависимости от того, какую область хотят обследовать.

Техника. Врач становится слева от больного, намечает место прокола и дезинфицирует кожу. Желательно сделать местное обезболивание новокаином (внутрикожно, подкожно и в пристеночную брюшину) или хлорэтилом. Затем врач берет в правую руку троакар с введенным в него мандреном (как шило — всей ладонью), указательный палец правой руки ложится вдоль троакара, чтобы ограничить его проникание вглубь на 2—3 см. Раздвинутыми пальцами левой руки кожу в месте прокола слегка смещают, затем прижимают и растягивают. Троакар держат перпендикулярно брюшной стенке и одним ударом погружают его в брюшную стенку, затем извлекают мандрен, и жидкость начинает свободно вытекать. Берут несколько миллилитров жидкости в пробирки для анализа и делают мазки, затем на троакар надевают резиновую трубку, и жидкость вытекает в таз, поставленный на пол. Выпускать жидкость следует медленно (1 л в течение 5 мин), с этой целью периодически на резиновую трубку накладывают зажим. Когда жидкость начинает вытекать медленно, больного слегка перемещают на левый бок (если он лежал). Если выделение жидкости прекратилось вследствие закрытия внутреннего отверстия троакара петлей кишки, следует осторожно прижать брюшную стенку, при этом кишка смещается и ток жидкости восстанавливается. После удаления жидкости извлекают троакар, а отверстие закрывают тампоном, пропитанным коллодием; на живот накладывают давящую повязку, больного укладывают на правый бок на несколько часов.

Выделение жидкости после пункции — явление нежелательное, так как создает возможность инфицирования раны и брюшной полости. Предотвращается это соблюдением техники прокола, смещением слоев (кожи, подкожной клетчатки, мышц) перед и после прокола, чтобы не образовался прямой канал для последующего истечения жидкости.

Осложнения. 1. Флегмона стенки живота в области прокола вследствие нарушения асептики. 2. Повреждение сосудов брюшной стенки с образованием чаще гематомы и реже кровотечения в брюшную полость. Во всех случаях попадания в сосуд из троакара после извлечения мандрена показывается кровь, и, если в дальнейшем удаляемая жидкость со-

держит значительную, все увеличивающуюся примесь крови, нужно за больным следить, чтобы вовремя оказать оперативную помощь. 3. Повреждения органов брюшной полости в случае их патологического увеличения и наличия спаек в брюшной полости. 4. Подкожная эмфизема передней стенки живота после наложения пневмоперитонеума возникает вследствие недостаточно глубокого прокола или проникновения воздуха из брюшной полости в брюшную стенку через прокол. 5. Медиастинальная эмфизема, редкое осложнение пневмоперитонеума; возникает вследствие введения больших (1,5—2 л) количеств газа. 6. Пневмоторакс — проникновение газа из брюшной полости в плевральную через дефекты в местах физиологических отверстий диафрагмы.

Пункция брюшины противопоказана при острых воспалительных и гнойных процессах в брюшной полости; больших опухолях, почти целиком занимающих брюшную полость; обширном спаечном процессе в брюшной полости. Наложение пневмоперитонеума противопоказано при тяжелом состоянии больного, кахексии и сердечно-сосудистой недостаточности.

ПУНКЦИЯ ПЛЕВРЫ используется для извлечения жидкости воспалительного или отечного характера с диагностической или лечебной целью. Пункцию производит врач.

Для пункции плевры нужно приготовить шприц вместимостью 2; 5 и 20 мл с несколькими иглами, 0,5 % раствор новокаина, длинную иглу (длиной 7—10 см, диаметром 1—1,2 мм с мандреном), соединенную с резиновой трубкой длиной 10—15 см с канюлей на конце, 2—3 стерильные пробирки и столько же предметных стекол для мазков, спирт и йодную настойку в небольших открытых стаканчиках, флакон с коллодием или клеолом, стерильный лоточек с уложенными в него стерильными тампонами, палочками с ватой и пинцетом.

Обычно врачу помогает одна медицинская сестра; если же больной слаб, то необходим еще один помощник для поддержания больного в положении сидя. Больного усаживают на стул с высокой спинкой верхом, лицом к спинке стула, на ребро которой кладут подушку. Согнутые в локтях руки больного укладывают на подушку, голову можно положить на руки или держать в согнутом состоянии. Кроме того, туловище должно быть немного согнуто в сторону, противоположную той, где будет производиться прокол, для того чтобы реберные промежутки на стороне прокола были шире. Если больной не в состоянии сидеть на стуле, то его поддерживает помощник в положении сидя в кровати, при этом больной кладет руки и голову на плечи помощнику.

Врач выбирает место прокола, отмечает его йодной настойкой, готовит руки как для операции. Операционное поле обрабатывают йодной настойкой и спиртом. Обезболивание производят новокаином. Иглой, соединенной с резиновой трубкой, просвет которой закрыт зажимом, а на конце расположена канюля, делают прокол по верхнему краю ребра, так как вдоль нижнего края расположены сосуды и нервы. Проникновение иглы в плевральную полость ощущается как внезапное уменьшение сопротивления. После введения иглы к трубке присоединяют шприц, освобожденный от воздуха, и левой рукой придерживают соединение его с канюлей. Только после этого можно снять зажим и, оттягивая поршень шприца по поступающей в него жидкости, убедиться в успешности пункции. Если жидкость в шприц не поступает, нужно наложить на трубку зажим, разъединить ее со шприцем и изменить положение иглы, уменьшая глубину ее введения, или придать ей несколько наклонное положение. Полученную жидкость из шприца выливают в пробирки и делают мазки для микроскопии.

С лечебной целью используют плевральный прокол для удаления жидкости и введения в плевральную полость антибиотиков. Для этого после отсасывания жидкости накладывают зажим ближе к муфте иглы и снимают шприц. Тонкой иглой, надетой на шприц с раствором антибиотика, прокалывают резиновую трубку между муфтой иглы и зажимом, предварительно продезинфицировав ее поверхность спиртом. Через этот прокол вводят раствор антибиотика. По окончании пункции иглу извлекают быстрым движением, держа вблизи прокола наготове ватку, смоченную коллодием, для немедленного закрытия отверстия прокола.

Неудачи прокола могут быть связаны с попаданием в толстые плевральные спайки или в легкое. В первом случае жидкость получить не удается, во втором — в шприце появляется кровь с пузырьком воздуха. В обоих случаях следует иглу извлечь и повторить пункцию через 1—2 дня.

Показания к лечебному извлечению жидкости из полости плевры возникают при значительном ее скоплении. Давление на органы средостения со стороны переполненной жидкостью плевральной полости вызывает смещение органов средостения и нарушение их функции. У больного появляются сердцебиение, одышка, синюшность, отеки лица и шеи, он может внезапно умереть. Медленное извлечение части скопившейся жидкости (1—1,5 л) приводит к исчезновению указанных выше признаков. При быстром извлечении максимального количества жидкости может наступить резкое ухудшение состояния вследствие быстрого и значительного изменения внутригрудного давления.

Плевроаспиратор состоит из стеклянного сосуда с делениями вместимостью 500 мл. Резиновая пробка с двумя металлическими дисками, соединенными в центре винтом, плотно закрывает горловину сосуда. Через пробку проходят в сосуд две стеклянные трубки — длинная, наружный конец которой соединен резиновой трубкой с иглой или троакаром, и короткая, соединенная резиновой трубкой с насосом. На резиновых трубках недалеко от места их соединения со стеклянными имеются зажимы. Все части аппарата, за исключением насоса, перед употреблением стерилизуют в разобранном виде, после употребления разъединяют, тщательно промывают и хранят в сухом виде.

Отсасывание жидкости начинают с выкачивания воздуха из сосуда с помощью насоса при открытом кране на короткой трубке и закры-

том — на длинной, соединенной с иглой. После откачивания кран на трубке, соединенной с насосом, закрывают. Производят пункцию, как описано выше, и открывают кран, соединяющий сосуд с иглой. Жидкость из полости плевры вследствие разницы давления устремляется в сосуд. Когда сосуд наполнен, нужно зажать отверстие трубки, соединенной с иглой, извлечь из сосуда пробку и вылить жидкость. Затем вставляют пробку и повторяют откачивание воздуха и отсасывание жидкости 2—3 раза.

Извлечь плевральную жидкость можно с помощью прибора Букатко. Он состоит из бутылки вместимостью 500 мл с делениями и тубусом у основания. Горлышко бутылки закрывают плотно пригнанной пробкой с пропущенной через нее стеклянной трубкой, входящей в бутыль на 2—3 см, с диаметром, соответствующим резиновой трубке, надетой на иглу или троакар. Отверстие тубуса плотно закрывают пробкой, через которую также пропущена стеклянная трубка, на наружный конец которой надета резиновая трубка, свободным концом опущенная в измерительный сосуд.

Наложив зажим на трубку, соединенную с тубусом, наливают в бутыль определенное количество воды на 3/4 или 1/2 ее объема и закрывают пробкой. Бутыль устанавливают на табурет рядом с больным, измерительный сосуд стоит на полу рядом с табуретом. Делают прокол плевры (отверстие трубки, идущей от иглы, закрыто!), соединяют трубку от иглы с бутылью, открывают зажим на нижней трубке, и вода начинает поступать в измерительный сосуд, в бутыли создается отрицательное давление воздуха. Снимают зажим с трубки, идущей от иглы, и плевральная жидкость начинает поступать в бутыль, смешиваясь с водой, а затем переливается в измерительный сосуд. Скорость отсасывания можно регулировать количеством воды, наливаемой в бутыль до процедуры: чем больше воды, тем больше отрицательное давление воздуха в ней и больше скорость отсасывания плевральной жидкости.

СПРИНЦЕВАНИЕ — промывание влагалища водой или водными растворами лекарственных веществ с целью лечения или предохранения от беременности. При спринцевании механическим путем вымывается содержимое влагалища. В зависимости от состава раствора, взятого для промывания, можно оказать на слизистую оболочку влагалища различное действие: прижигающее, вяжущее, тонизирующее, дезинфицирующее. Во время беременности, особенно во второй ее половине, а также в послеродовом периоде спринцевание делать не рекомендуется.

Приготавливают 2 л воды или лекарственного раствора соответствующего состава и температуры, кружку Эсмарха с резиновой трубкой, зажимом и стеклянным влагалищным наконечником, судно и подкладную клеенку. Во время спринцевания больная должна лежать, под нее подкладывают судно и клеенку. Ноги должны быть согнуты в коленях и разведены. Перед спринцеванием женщину следует подмыть теплой водой. Затем, разведя левой рукой наружные половые губы, вводят наконечник во влагалище на глубину 6—7 см, направляя его кверху и кзади. Поддерживая одной рукой наконечник, другой открывают зажим и пускают жидкость. Вводимая жидкость растягивает и омывает своды влагалища и влагалищную часть шейки матки и изливается обратно через половую щель. Извлекать наконечник нужно осторожно в направлении кпереди и книзу. После спринцевания женщина должна спокойно полежать 15—20 мин, чтобы продлить воздействие задержавшейся во влагалище части жидкости. После этого остатки жидкости выпускают в судно, а половые органы осушают мягкой салфеткой. После процедуры прибор моют и дезинфицируют, а наконечники моют, кипятят и хранят отдельно.

Глава 15

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ

ВОДОЛЕЧЕНИЕ. Различные способы наружного применения вод с лечебной и профилактической целью, общими свойствами которых являются температурное, механическое и химическое воздействия. Формирование ответных реакций организма на воздействие водолечебных процедур происходит сложным рефлекторным путем, ведущая роль в котором принадлежит центральной нервной системе. Через раздражение кожи путем рефлекса осуществляется влияние на весьма важные процессы в организме — теплорегуляцию и обмен веществ, сердечно-сосудистую, нервную и эндокринную системы, дыхательную функцию и процессы иммунитета.

Общие холодные (температура воды ниже 20 °С) и прохладные (температура от 20 до 30 °С) процедуры способствуют повышению тонуса сердечно-сосудистой системы, улучшают условия венозного кровообращения и лимфообращения, улучшают обмен веществ; повышают мышечный тонус и артериальное давление. Тонизирующее влияние холодных и прохладных процедур на нервную систему выражается в ощущении бодрости, свежести, общего подъема сил и повышении трудоспособности.

Горячие водолечебные процедуры (выше 39 °С) только в самой начальной фазе (в течение первых минут) вызывают спазм сосудов, повышают тонус сердечно-сосудистой системы, скелетной мускулатуры, обмен веществ. Очень быстро эта фаза сменяется расслаблением тонуса сердечно-сосудистой системы, скелетной мускулатуры, угнетением нервной системы. Через некоторое время может наступить опасное переутомление нервной и сердечно-сосудистой систем.

Умеренно теплые процедуры (от 36—37° до 38 °С). Кратковременные процедуры (5—8—10 мин) повышают тонус сердечно-сосудистой системы, усиливают обмен веществ, действуют успокаивающе на центральную нервную систему, улучшают сон.

Ванны и души индифферентных температур (от 33—35° до 36 °С) (температура воды равная или близкая к температуре тела) оказывают выраженное успокаивающее действие, способствуют снижению артериального давления, улучшению сна.

Техника и методика. Водолечение обычно проводится в виде курса (10—12—15 процедур, через день). Ванны продолжительностью 8—10—15 мин, реже меньше или больше. Души допустимо проводить ежедневно продолжительностью 2—3—5 мин. После каждой водолечебной процедуры, в особенности после ванны, необходим отдых в течение 20—30 мин.

Ванны пресные. Влияние их в основном обусловлено температурным воздействием; как курсовое лечение они применяются редко.

Ванны хвойные. К пресной воде в ванне (36—37 °С) добавляют хвойный экстракт (жидкий, в виде порошка или таблеток заводского изготовления). Хвойный настой для ванны можно приготовить кипячением 300 г хвойных игл в 3 л воды в течение 10—20 мин.

Ванны шалфейные. К пресной воде в ванне (36—37—38 °С) добавляют шалфейный экстракт заводского изготовления. Настой шалфея можно готовить путем кипячения 100 г сухого шалфея в 1 л воды в течение 1 ч, с последующим настаиванием в течение 24 ч. Применяют при радикулитах, плекситах, невритах, полирадикулитах.

Ванны щелочные. К пресной воде в ванне (36—37 °С) добавляют 300—500 г неочищенного гидрокарбоната натрия. Ванны возбуждают нервную систему, их применяют также с целью размягчения рогового слоя кожи при некоторых кожных заболеваниях.

Ванны соляные. К пресной воде в ванне (35—36 °С) добавляют 3—4 кг хлорида натрия. Действие соляной ванны не ограничивается сроком пребывания в ванне: частицы соли, оставшиеся на коже, оказывают легкое возбуждающее действие на нервные окончания, улучшают трофику кожи и в последующие после ванны часы. Показания: заболевания опорно-двигательного аппарата — хронические полиартриты различной этиологии, хронические радикулиты, плекситы, полиневриты.

Ванны йодобромные. В воде ванны растворяют 2 кг хлорида натрия или морской соли, затем добавляют 10 г йодида натрия или калия и 25 г бромида калия или натрия. Показаны при полиартритах различной этиологии, при поражениях сердечно-сосудистой системы, некоторых эндокринных заболеваниях. Оказывают успокаивающее, болеутоляющее и десенсибилизирующее воздействия.

Ванны газовые, углекислые. Искусственные углекислые ванны готовят при помощи специального аппарата, в котором холодная водопроводная вода насыщается углекислотой из баллона. Насыщенную углекислотой холодную воду из аппарата добавляют к горячей воде ванны. Температура углекислых ванн в течение курса постепенно снижается (с 36 до 30—29 ° С), а время пребывания в ванне увеличивается с 6—8 до 12—15 мин. Показаны при пороках сердца, кардиосклерозе, гипертонической болезни I стадии, при неврозах. Противопоказания: нарушения кровообращения II—III стадии, эндокардиты, стенокардия, гипертоническая болезнь II—III стадии.

Ванны радоновые. Радон — единственный газ, образующийся при распаде радия. Концентрированную радоновую воду для ванн готовят в специальных лабораториях и доставляют в ванное отделение в 100-граммовых бутылочках. Из бутылочки радоновую воду выливают в воду ванны (36—37 °С) при помощи сифона. Концентрация радона в воде 36,4—109,2 нКи/л (100—300 ЕМ). Продолжительность ванны 10—12—15 мин, курс 10—12, реже 15 ванн. Повторяют курс через 4—6 мес. Показаны при полирадикулоневритах, радикулитах, плекситах, полиневритах, полиартритах вне периода обострения. Противопоказаны при стенокардии. Отпуск радоновых ванн в домашних условиях недопустим.

Ванны сульфидные. Концентрация сероводорода в искусственных ваннах обычно 50—150 мг/л. Ввиду возможного токсического действия и резко неприятного запаха сероводорода наличие его в воздухе помещений свыше 0,01 мг/л не допускается, поэтому организация лабораторий для насыщения воды сероводородом и помещений для отпуска этих ванн очень сложна.

Сульфидные ванны начинают с температуры воды 34—35 °С, продолжительность ванны 5—10 мин, причем у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы температуру постепенно снижают до 32—30° С, а у больных с заболеваниями суставов постепенно повышают до 37—38° С, продолжительность ванны 12—15 мин. Показаны при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, особенно в сочетании с поражением опорно-двигательного аппарата, при полиартритах, радикулоневритах, нарушениях обмена, а также при некоторых заболеваниях кожи.

Ванны жемчужные готовят, нагнетая воздух компрессором (1—2 ат) в специальную решетку из металлических трубочек с мелкими отверстиями, положенную на дно ванны. Температура воды 34—36° С. Показаны при всех формах неврастении, астении, климактерическом неврозе, заболеваниях сердечно-сосудистой системы с нарушением кровообращения не выше I стадии.

Души. Действие душа обусловлено температурой (строго дозированной) и в особенности давлением струй воды. Душ небольшого давления (0,3—1 ат) продолжительностью 2—5 мин индифферентной температуры при ежедневном приеме действует успокаивающе и несколько тонизирующе. Души прохладные и холодные, особенно струевые (Шарко, веерный с давлением 2—3 ат), является процедурой возбуждающей, повышающей обмен и общий тонус организма.

Закаливающие водные процедуры (обливания, обтирания) начинают водой температуры 30—32 °С, а затем постепенно снижают ее до 20 °С и ниже с последующим энергичным растиранием кожи сухим грубым полотенцем до появления отчетливой реакции покраснения кожи и ощущения тепла. Начинать следует с частичных обтираний, обливаний и постепенно переходить к общим. У слабых и нетренированных людей закаливающие процедуры надо начинать летом. К ним относятся купания в различных водоемах: озерах, реках, море.

О б щ и е п о к а з а н и я. Холодные процедуры действуют общетонизирующе. Они повышают обмен веществ, сопротивляемость организма, тонус сердечно-сосудистой и нервной систем. Горячие ванны предъявляют повышенные требования к работе сердечной мышцы, применяют их очень редко. Они показаны при почечной колике, при некоторых острых отравлениях (пары бензина); их применение требует большой осторожности (не передозировать). Теплые ванны показаны при различных заболеваниях суставов, периферических нервов (радикулиты, плекситы, невриты), миозитах; при хронических отравлениях солями тяжелых металлов — ртутью, свинцом (особенно теплые сульфидные). Процедуры индифферентных температур показаны при переутомлении, бессоннице, неустойчивости нервных процессов, вегетоневрозах, тиреотоксикозе. Большое разнообразие водолечебных процедур и их хорошее терапевтическое влияние позволяют выбрать почти для каждого больного соответствующую его силам и реактивности водолечебную процедуру.

ТЕПЛОЛЕЧЕНИЕ. Лечение теплом. Теплоносителями являются грязи (иловые, торфяные, сапропелевые), парафин, озокерит, глины, песок.

Грязеглинолечение. Т е х н и к а. Все виды грязей и глины нагревают в водяной бане и накладывают на подлежащий лечению участок тела слоем от 3 до 10 см на 15—30 мин через день, иногда ежедневно. Курс 10—20 процедур. Температура иловых грязей 42—44 °С, торфяных 48—50 °С, при щадящей методике 37—38 °С. По окончании процедуры грязь смывают теплой (37 °С) водой, больного обтирают и дают отдохнуть 30—40 мин. В настоящее время применяют только такое местное аппликационное лечение. От применения общих грязевых ванн отказались.

При лечении заболеваний внутренних женских половых органов применяют *влагалищные грязевые тампоны.* Т е х н и к а. Кусок резиновой трубки (велосипедной камеры) диаметром 3—4 см и длиной 30—35 см заполняют грязью, завязывают концы или зажимают их зажимами Мора. Затем трубки с грязью прогревают в воде до 45—50 °С. Во время выполнения процедуры один конец трубки освобождают от зажима, вводят его поглубже во влагалище и выжимают грязь. После процедуры грязь удаляют спринцеванием 2—3 %

раствором хлорида натрия. Трубки промывают и кипятят. Лечение проводят через день, продолжительность процедуры 30—40 мин, курс 10—20 процедур. Влагалищные тампоны целесообразно сочетать с аппликацией грязи на трусиковую зону.

Гальваногрязь — сочетанное применение грязи и гальванического тока. Техника та же, что и при гальванизации *(см. Электролечение)*, но вместо гидрофильных матерчатых прокладок под свинцовые пластины электродов на кожу накладывают грязь температуры 30—40 °С толщиной 3 см в марлевом мешочке. Плотность тока рассчитывают так же, как и при гальванизации. Продолжительность процедуры 20—30 мин через день, курс 10—20 процедур.

При проведении теплолечебных процедур следует готовить кушетку для больного следующим образом: последовательно расстилают одеяло, простыню, медицинскую клеенку. Подготовленный теплоноситель укладывают поверх клеенки и обволакивают область тела, предназначенную для лечения. Затем также последовательно заворачивают клеенку, простыню, одеяло и плотно укутывают больного. Во время грязелечения могут появиться так называемые грязевые реакции организма, как общие, так и местные. Общие выражаются усталостью, общим недомоганием, учащенным сердцебиением. Местные — обострением боли в пораженном органе. При появлении «грязевых реакций» лечение надо прервать на 3—5 дней до полного успокоения, затем продолжить более щадящим методом: снизить температуру аппликаций, увеличить паузу между процедурами, уменьшить продолжительность воздействия.

Парафинолечение. Перед употреблением парафин (озокерит) нагревают в водяной бане. Во избежание ожогов парафин (озокерит) должен быть обезвожен нагреванием до 100 °С в течение 15 мин. В домашних условиях аппарат для подогрева могут заменить две кастрюли разной величины, вставленные одна в другую. В большую наливают воду для подогрева на огне, в меньшую помещают парафин (озокерит). Очень важно, чтобы мéньшая, содержащая парафин, была выше уровня воды и плотно закрыта крышкой, чтобы пары воды не могли попасть в нее. При повторном применении добавляют 15—20 % свежего парафина (озокерита).

Способы применения. а) Смазывание: разогретый парафин наносят повторно на подлежащий лечению участок тела широкой малярной кистью слоем 1 см. б) Парафиновая ванна: кисть (стопу) смазывают парафином (способ «а») и затем опускают ее в клеенчатый мешочек, наполненный парафином более высокой температуры (52—55 °С). в) Салфетно-аппликационный: марлевые салфетки, сшитые из 9—10 слоев марли, пропитывают парафином 60—70 °С, отжимают и накладывают на подлежащий лечению участок тела, предварительно смазанный парафином с помощью малярной кисти (способ «а»), г) Кюветно-аппликационный: разогретый парафин (озокерит) наливают в противни — кюветы слоем 2—3 см. Застывшую лепешку еще мягкого парафина вынимают из кювета и накладывают на подлежащий лечению участок тела.

При всех способах кожу предварительно тщательно обсушивают, при большой волосатости волосы сбривают или смазывают вазелином (смазывание отменяют при способе «г»). Поверх парафина (озокерита) накладывают клеенку, теплый ватник и укутывают больного простыней, одеялом. Продолжительность процедуры 30—60 мин (до 2 ч). Процедуры ежедневные или через день. Курс лечения 10—15—20 процедур. Парафин употребляют и для лечения ран, язв, ожогов. Для этого пользуются парафино-масляной смесью: 75 % пастеризованного парафина, 25 % витаминизированного рыбьего жира или хлопкового масла. Смесь наносят пульверизатором на пораженный участок кожи, захватывая 2—3 см здоровой кожи вокруг. Поверх этого слоя накладывают стерильные салфетки, пропитанные этой смесью, и затем бинтуют обычным бинтом.

Озокеритолечение. Озокерит — горный воск, природный продукт, воскоподобная коричневая масса. Для лечебных целей годен только естественный медицинский озокерит. Из всех теплоносителей озокерит обладает самой высокой теплоудерживающей способностью. Способы применения те же, что и парафина. Наиболее употребителен кюветно-аппликационный. Он отличается от описанного способа «г» тем, что на дно кюветы укладывают клеенку и вынимают ее вместе с лепешкой озокерита.

Общие показания. Теплолечение применяют при подострых и хронических поражениях опорно-двигательного аппарата (суставы, мышцы, кости), женской половой сферы, при заболеваниях и последствиях травматических повреждений периферической нервной системы (радикулиты, плекситы, неврити, невралгии), при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки без наклонности к кровотечениям и вне периода обострения, спаечных процессах в брюшной полости, различных последствиях травм. Наиболее эффективно применение теплолечения при подострых процессах и в начальном периоде хронического течения болезни, когда еще не произошли грубые анатомические необратимые изменения в пораженном органе (ткани).

Противопоказания. Острые инфекционные заболевания, новообразования, туберкулез, острые гнойные заболевания, поражения центральной нервной системы с нарушением чувствительности, беременность всех сроков, выраженные формы атеросклероза.

СВЕТОЛЕЧЕНИЕ. Применение видимых инфракрасных лучей. Видимые и инфракрасные лучи (тепловые), проникая на всю глубину кожи и поглощаясь тканями, вызывают повышение местной температуры, рефлекторное расширение кровеносных сосудов, усиление крово- и лимфотока и обмена веществ, способствуют рассасыванию воспалительных очагов, обезболиванию.

Лампы накаливания и техника их применения. Чаще других применяют лампу «соллюкс» (мощность 1000—750—500—300 Вт), стацио-

нарную и переносную. При местном облучении лампу «соллюкс» устанавливают сбоку от больного (не над больным!) на расстоянии 50 см — 1 м от него и направляют лучи на соответствующий участок тела, справляясь о теплоощущении. Продолжительность 15—20—30 мин; курс 10—15 процедур.

Показания: хронические воспалительные процессы суставов, женских половых органов, печени и желчных путей, плевры, мочевыводящих путей, придаточных полостей носа, нервов, мышц.

Противопоказания: новообразования, наклонность к кровотечениям, заболевания сердца с недостаточностью кровообращения, выраженный атеросклероз и гипертония, туберкулез, заболевания центральной нервной системы с нарушением чувствительности.

Применение ультрафиолетовых лучей. *Ртутно-кварцевые облучатели.* С лечебной и профилактической целью используют ртутно-кварцевые облучатели — стационарные, настольные и портативные. Для групповых облучений применяют лампы маячного типа (УГД-2, УГД-3). Облучатель УГН-1 для группового облучения носоглотки, миндалин, уха, десен. Одновременно можно облучать от 1 до 4 больных. Облучатель коротковолнового ультрафиолетового излучения БОП-4 излучает только коротковолновые ультрафиолетовые лучи (длина волны 253,7 мкм) и служит для облучения небольших участков кожи, слизистых оболочек полости рта, носа, миндалин. Горелка этого облучателя во время работы не нагревается.

При отпуске процедур глаза больного и персонала должны быть защищены очками с темными стеклами и боковыми щитками. Поверхность тела, не подлежащую облучению, закрывают простынями, салфетками. К проведению лечения облучатель бывает готов только спустя 7—10 мин после зажигания. Горелка облучателя маячного типа во время разгорания должна быть закрыта металлическим колпаком для защиты персонала от излишнего облучения.

Для определения дозы ультрафиолетовых лучей применяют биологический метод Горбачева — Дальфельда, основанный на свойстве ультрафиолетовых лучей вызывать на коже эритему (красноту). Биологическая доза — это то количество ультрафиолетовых лучей, которое вызывает наиболее слабое покраснение кожи (после определенного скрытого периода). Биодозу выражают числом минут облучения, необходимых для получения этого наиболее слабого покраснения кожи. Для определения индивидуальной биодозы пользуются биодозиметром — металлической пластинкой с 6 окошечками размером 2 × 0,5 см каждое, прикрытыми металлическими задвижками. Биодозиметр укрепляют на обнаженной коже живота сбоку от пупка, все тело больного защищают от облучения. Разогревшуюся горелку ртутно-кварцевого облучателя устанавливают над биодозиметром на расстоянии 50 см и открывают 1-е окно, через 1 мин открывают 2-е окно, еще через 1 мин — 3-е окно биодозиметра и т. д. В итоге 1-е окно облучалось 6 мин, 6-е (последнее) — 1 мин. Спустя сутки проверяют, на месте какого окна имеется наиболее слабое равномерное покраснение кожи. Если такое покраснение заметно, например, на 6-м окне (видны все 6 полосочек), то это значит, что биодоза для данного больного от данного облучателя и на том же расстоянии его от тела больного равна 1 мин. У детей эритема вызывается меньшей дозой ультрафиолетовых лучей, чем у взрослых; она появляется быстрее и быстрее исчезает, и поэтому ее определяют, открывая только 4 окна и облучая каждое по 1/2 мин. Проверка биодозы у ребенка должна проводиться через 6—8 ч.

Методика. Применяют общие и местные облучения. *Общие облучения* начинают с $^1/_4$—$^1/_2$ биодозы, проводят их через день, постепенно увеличивая дозу на $^1/_4$—$^1/_2$ биодозы и доводя ее к последним процедурам до 5—6 биодоз. Общее число облучений 20—25. В начале курса лечения расстояние от облучателя до тела больного 100 см, затем его уменьшают до 70 см. При облучении с различного расстояния необходимо помнить, что интенсивность облучения изменяется обратно пропорционально квадрату расстояния между облучателем и кожей больного. Увеличение расстояния с 50 до 70 см ведет к снижению интенсивности облучения примерно в 2 раза, а увеличение расстояния с 50 до 100 см снижает интенсивность облучения примерно в 4 раза. Если биодоза с расстояния 50 см была получена за 1 мин, то при расстоянии 70 см потребуется 2 мин, а при расстоянии 100 см — 4 мин. *Местные облучения* начинают с 1—2 биодоз и более (учитывать регионарную чувствительность), добиваясь яркой эритемы. Повторяют облучения после исчезновения эритемы от предыдущего облучения, увеличивая дозу на $^1/_2$—1 биодозу. Курс 5—6 процедур. В один день эритемными дозами можно облучать не более 300—600 см^2 площади кожи у взрослого и не более 150—200 см^2 у детей.

Групповое облучение ультрафиолетовыми лучами производят облучателями маячного типа. Больных размещают вокруг лампы, радиус круга 2,5—3 м. Биодозу определяют у части больных и проводят облучение, исходя из средней величины: обычно биодоза достигается за 3 мин. Начинают облучение с $^1/_3$ биодозы, т. е. по 1 мин на переднюю и заднюю поверхности тела. Для комфорта включают 2—3 лампы соллюкс. Процедуры проводят через день. Повторяют курс через 3—4 мес начиная с $^1/_4$ биодозы.

Показания. Общие ультрафиолетовые облучения с профилактической целью применяют для предупреждения явлений светового голодания, при недостатке естественного солнечного света (районы Крайнего Севера, подземные работы), для повышения сопротивляемости организма инфекциям, профилактики рахита. Общие облучения с лечебной целью применяют при нарушениях обмена веществ, фурункулезе, псориазе, экземе, нейродермите, заболеваниях суставов. Местные облучения применяют при рожистом воспалении, невралгиях, невритах, радикулитах, инфекционных

неспецифических полиартритах, бронхиальной астме, хронических и подострых воспалениях женской половой сферы, трофических язвах кожи, пролежнях, для лечения ран, инфильтратов, гематом. Применяя эритемные дозы ультрафиолетовых лучей, учитывают их болеутоляющее, противовоспалительное, десенсибилизирующее действие.

Противопоказания: остротекущие формы туберкулеза, новообразования, недостаточность кровообращения, выраженный атеросклероз, гипертоническая болезнь, общее истощение, малокровие, тиреотоксикоз, заболевания почек с недостаточностью их функции, заболевания нервной системы с расстройством чувствительности.

УЛЬТРАЗВУК. Лечебным фактором метода являются ультразвуковые колебания (свыше 20 000 Гц в секунду).

Техника. Отечественные аппараты «Ультразвук Т5», УЗТ-101 работают как в непрерывном, так и в импульсном режимах. Процедуры проводят при помощи ультразвукового вибратора (он же «процедурная головка», датчик). Дозируется ультразвук в ваттах на площадь (в сантиметрах) ультразвуковой головки. Аппараты снабжены двумя вибраторами, один из которых имеет площадь 4 $см^2$, второй — 1 $см^2$. Шкала интенсивности от 0,05—0,1—0,2 и т. д. до 1—2 $Вт/см^2$, что представляет большие удобства для лечения малыми дозами. В Советском Союзе приняты слабые (от 0,05 до 0,4 $Вт/см^2$) и средние (от 0,5 до 0,8 $Вт/см^2$) дозы. Сильные (от 0,9 до 1,2 $Вт/см^2$) не применяются. Используют лабильную (подвижную) методику воздействия, при которой вибратором совершают медленные поглаживающие продольные и круговые движения по области, подлежащей воздействию. Кожу и поверхность вибратора, прилегающую к коже, необходимо смазать вазелиновым маслом (можно глицерином, рафинированным подсолнечным маслом), так как воздух отражает ультразвук. При подводной методике (удобной для озвучивания мелких суставов кистей и стоп) конечность и вибратор опускают в подогретую воду (30—32 °С), налитую в фаянсовую или пластмассовую ванночку, и вибратор медленно перемещают вокруг суставов на расстоянии 1—2 см.

В последние годы с помощью ультразвука в организм вводят лекарственные средства (анальгин, гидрокортизон, эуфиллин) — фонофорез. Лекарственным веществом в виде эмульсии смазывают область воздействия и озвучивают ее по подвижной методике. Особенно распространен фонофорез гидрокортизона. Различают местное воздействие непосредственно на область поражения и сегментарное — на рефлексогенные зоны. Длительность процедуры 2—3 мин на 1 поле, озвучивают до 4 полей одновременно; общая длительность 10—12 мин ежедневно, курс 10—12 процедур.

ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЕ. Применение электрической энергии с лечебной целью.

Гальванизация. Применение с лечебной целью прямого постоянного тока низкого напряжения (60—80 В).

Электрофорез — метод, при котором с помощью гальванического тока вводят в организм через кожу и слизистые оболочки ионы и сложные частицы лекарственных веществ. Физиологическое действие электрофореза складывается из влияния гальванического тока и фармакологического воздействия вводимых с его помощью лекарственных веществ. Источниками гальванического тока для лечебных целей служат аппараты АГН-1, АГН-2, Поток-1, АГВК-1 — для 4-камерных ванн. Для подведения тока к больному применяют пластинчатые электроды из металлической пластинки и матерчатой прокладки. Металлические пластинки делают из листового свинца толщиной 0,4—0,6 мм в электродах малых размеров и 0,6—0,9 мм в электродах больших размеров. Матерчатые прокладки электродов шьют из нескольких слоев (8—16) белой байки или фланели. Матерчатая прокладка электрода необходима для предохранения кожи от ожога, который неминуемо возникает от соприкосновения металлической пластинки электрода с кожей, поэтому матерчатая прокладка должна быть больше металлической пластинки (на 3—4 см во все стороны).

Перед отпуском процедуры матерчатые прокладки смачивают в горячей воде и туго отжимают, электроды равномерно и плотно (но не туго, чтобы не нарушить кровообращение) прибинтовывают к телу эластичными бинтами. Электроды соединяют с зажимами аппарата проводами с хорошим изолирующим покрытием. Провода к электродам, малым по площади, припаиваются, к большим прикрепляются специальным зажимом.

В настоящее время пользуются только стабильной методикой гальванизации, при которой подлежащий лечению орган должен находиться в межэлектродном пространстве. Различают поперечное и продольное расположение электродов: при поперечном электроды располагают строго один против другого, при продольном — в одной плоскости. При необходимости сосредоточить действие тока на определенном участке тела на него помещают электрод меньшей площади. Больший электрод называют индифферентным, а меньший — активным, поскольку на каждый сантиметр его площади приходится бóльшая сила тока, т. е. плотность тока на нем больше. Плотность тока (сила тока в миллиамперах, которая приходится на 1 $см^2$ площади электрода) дозируют по переносимости тока больным, но не более 0,05—0,1 $мА/см^2$ площади активного электрода для взрослых и 0,03—0,05 $мА/см^2$ для детей.

Кроме пластинчатых электродов, для гальванизации нередко применяют 4-, 3- и 2-камерные ванны, в которых электродами служит вода, налитая в фаянсовые ванночки, куда больной погружает конечности. Ток к воде подводят с помощью угольных электродов, соединенных с аппаратом.

При электрофорезе под матерчатую прокладку электрода непосредственно на кожу кладут фильтровальную бумагу, смоченную раствором необходимого лекарства. Лекарственное вещество вводят с того полюса, зарядом которого он обладает. Ионы металлов

(натрия, калия, кальция, цинка, лития), новокаин, стрептомицин, витамин B_1 и алкалоиды имеют положительный заряд (+) и их вводят с положительного полюса аппарата; ионы галоидов (хлора, йода, брома), кислотные радикалы (SO_4, NO_3), пенициллин имеют отрицательный заряд и их вводят с отрицательного (—) полюса аппарата.

Обычно применяемые концентрации веществ для электрофореза: для большинства несильно действующих веществ (йодид калия, бромид натрия, хлорид кальция) допустима и целесообразна высокая концентрация — до 10 %; для сильнодействующих (димедрол, гистамин, платифиллин) — низкая — от 0,01 до 0,5 %; для электрофореза со слизистых оболочек — от 0,25 до 4 %. Однако разнообразие применяемых методик определяет и большое разнообразие концентраций лекарственных веществ.

Матерчатые прокладки электродов должны быть отчетливо помечены наименованием наиболее употребительных ионов (например, I, Ca, Cl и т. д.). При электрофорезе йода следует брать прокладку с меткой I, при электрофорезе кальция — с меткой Ca и т. д. Это положение надлежит строго выполнять, для чего необходимо иметь достаточное количество прокладок. После употребления прокладки промывают под струей горячей воды и высушивают. Один раз в неделю их кипятят раздельно по применяемым ионам. Ввиду стойкости отдельных ионов и для обеспечения правильности отпуска электрофореза выполнение указанных выше правил обязательно. Кроме того, при наложении электродов следует всегда убедиться, что кожа под электродами не имеет повреждений (царапин, ссадин, сыпи). При большой волосатости волосы нужно смочить водой, а лучше сбрить. Электроды должны равномерно прилегать к коже и не сдвигаться во время процедуры, в течение которой следует справляться о самочувствии больного: у него не должно быть боли, а лишь легкое покалывание под электродами. Во время процедуры больному не разрешают разговаривать, спать, читать. После ее окончания необходимо внимательно осмотреть кожу, находившуюся под электродами, так как у некоторых больных она под действием гальванического тока грубеет, сохнет, появляется зуд. В этих случаях кожу после процедуры следует смазывать кремом и процедуры отпускать не ежедневно, а через день и реже.

Некоторые методики электрофореза и гальванизации. 1. *Общий электрофорез по Вермелю.* Один электрод размером 300 $см^2$ (20 × 15) располагают в межлопаточном пространстве, а два других размером по 150 $см^2$ каждый (10 × 15) — на задних поверхностях обеих голеней; раствором лекарственного вещества (например, новокаина) смачивают фильтровальную бумагу и укладывают ее под гидрофильную прокладку на кожу в межлопаточном пространстве, соединяя электрод согласно полярности лекарственного вещества (в данном случае с положительным полюсом аппарата), а электроды с голеней соединяют сдвоенным проводом с отрицательным полюсом аппарата. Сила тока до 10 мА, продолжительность до 30 мин, чаще 10—15 мин, ежедневно или через день, курс до 12 процедур.

2. *Электрофорез витамина B_1* через слизистую оболочку носа (эндоназально). Два марлевых плотных тампона (фитиля), смоченных 0,5 % раствором витамина B_1, вводят в носовые ходы на глубину нескольких сантиметров; на наружных концах этих фитилей на верхней губе располагают металлическую пластинку электрода размером 1,5—2 см с припаянным к ней проводом; под концы марлевых фитилей на губе подкладывают клеенку, нижний конец которой заворачивают вверх на электрод, прибинтовывают его эластичным бинтом и соединяют с положительным полюсом аппарата. Второй электрод размером 60—80 $см^2$ располагают на шее сзади и соединяют с отрицательным полюсом аппарата. Сила тока от 0,5 до 2 мА, продолжительность процедуры от 10 до 30 мин, ежедневно или через день, курс до 20 процедур. При электрофорезе кальция (2 %) той же методикой сила тока 0,2—0,7 мА.

3. *Гальванический воротник по Щербаку.* Электрод в виде отложного воротника площадью 1000 $см^2$ помещают на воротниковую зону (верхняя часть спины, надплечье, область ключиц), второй электрод площадью 400—600 $см^2$ — на пояснично-крестцовую зону. Прокладки смачивают теплой водопроводной водой. Воротниковый электрод соединяют с положительным полюсом аппарата, поясничный — с отрицательным. Сила тока от 6 до 14 мА, продолжительностью от 6 до 16 мин; через каждые 2 процедуры силу тока повышают на 2 мА, а продолжительность на 2 мин. Лечение проводят ежедневно, допустимо через день, курс 16—20 процедур. Нередко той же методикой проводят электрофорез хлорида кальция (2 %) на воротниковый электрод. Ионы кальция имеют важное значение в деятельности вегетативной нервной системы.

4. *Трансцеребральный электрофорез йода (по Бургиньону).* Две круглые прокладки (диаметром 4—5 см из 10—12 слоев марли), смоченные 2 % раствором йодида калия, располагают на закрытые веки обоих глаз. Металлические пластинки электродов округлой формы (2 см в диаметре), припаянные к проводам, сдвоенным проводом соединяют с отрицательным полюсом аппарата; электроды на глаза прибинтовывают так, чтобы больной не испытывал сильного давления. Третий электрод размером 5 × 10 см, смоченный теплой водопроводной водой, располагают на затылочной области и соединяют с положительным полюсом аппарата. Сила тока до 4 мА, длительность от 10 до 30 мин, ежедневно или через день, курс 10—15 процедур. Показан при начальном атеросклерозе мозговых сосудов, в том числе лицам пожилого возраста.

Особенностью методов гальванизации и электрофореза, применяемых в последние годы, является тенденция к снижению плотности тока (0,03—0,05 мА), длительности процедур и курса.

Основные показания к применению гальванизации и электрофореза: для уменьшения боли при невралгиях, невритах, нейромиозитах, плекситах, радикулитах; для усиления регенеративных процессов, если имеется нарушение проводимости нервных путей при травматических, инфекционных, токсических невритах, плекситах, парезах, параличах; с целью регулирующего воздействия на функции центральной нервной системы при неврозах, гипертонической болезни I—II стадии, язвенной болезни, нарушениях сна, последствиях контузий, сотрясений мозга, сосудистых расстройств в области головного мозга и конечностей; для улучшения обмена и трофики тканей; для рассасывания инфильтратов при хронических и подострых воспалительных процессах в суставах, органах малого таза и пр.

Выбор иона при электрофорезе диктуется его фармакологическим действием. Например, электрофорез новокаина применяют для обезболивания при невритах, невралгиях, растяжениях связок, ушибах; электрофорез кальция — при заболеваниях вегетативной нервной системы, нарушениях кальциевого обмена, для улучшения трофики костей, повышения свертываемости крови при кровотечениях; электрофорез йода — при атеросклерозе церебральных сосудов, травматических невритах, некоторых воспалительных процессах в малом тазу, послеоперационных спайках, рубцах.

Противопоказания: распространенная экзема, дерматиты, рожистое воспаление, злокачественные опухоли, атеросклероз в выраженной форме, сердечно-сосудистая недостаточность II—III степени, индивидуальная переносимость постоянного тока.

Импульсные токи низкой частоты и низкого напряжения. С помощью специальных аппаратов непрерывный постоянный ток можно превратить в прерывистый импульсный ток с различной формой импульсов. Наиболее употребительны следующие виды импульсного тока низкой частоты.

1. *Ток с прямоугольной формой импульса* (частота от 5 до 140 Гц, длительность импульса 0,5 м/с, среднее значение силы тока до 0,8—1 мА). Генератором тока служат аппараты ЭС-3, рассчитанный на 4 больных и ЭС-4Т — транзисторный, одноканальный. Процедура, отпускаемая с этих аппаратов, носит название «электросон».

Техника. Электроды в виде резиновой полумаски с вмонтированными в нее металлическими чашечками-электродами располагают на область глаз (катод) и сосцевидных отростков (анод). Процедуру отпускают в положении больного лежа при соблюдении тишины в кабинете. Длительность первой процедуры 15—20 мин, последующих от 30 до 60 мин. Сила тока дозируется по ощущениям. После выключения тока больному рекомендуется полежать еще 3—5 мин и не сразу смотреть на яркий свет. Процедуры назначают ежедневно или через день, курс от 10 до 20 процедур.

Показания: неврозы с нарушением сна, фантомно-болевой синдром, астеноневротический синдром при начальном атеросклерозе мозговых сосудов, в том числе и у лиц пожилого возраста, заикание и т. д.

2. *Тетанизирующий ток с остроконечной формой импульсов* вызывает длительное сокращение поперечнополосатых мышц и применяется для электрогимнастики (электростимуляции) мышц с нарушенной двигательной функцией.

3. *Экспоненциальный ток* — импульсный ток с плавно нарастающими и плавно спадающими импульсами. Применяют его так же, как и тетанизирующий ток, для электростимуляции мышц. Отличие его действия заключается в том, что он может вызывать сокращения мышц там, где тетанизирующий ток не вызывает ответной двигательной реакции. Электростимуляцию применяют при поражениях периферического двигательного нейрона: последствиях полиомиелита, парезах травматического и инфекционного происхождения, атониях от бездействия (после гипса), функциональных параличах.

Техника. Электростимуляцию осуществляют с помощью аппаратов АСМ-3, универсальным электроимпульсатором УЭИ-1. Форму, частоту, длительность импульсов подбирают электродиагностическим исследованием. Электроды накладывают на двигательные точки мышцы, т. е. в тех местах, где нерв входит в мышцу. При электростимуляции отдельной скелетной мышцы берут электроды с влажными прокладками площадью 4—6 $см^2$, а при воздействии на большие мышечные группы — площадью 50—100—300 $см^2$. Сила тока должна быть такой, чтобы получилось отчетливое сокращение мышцы, обычно это не больше 10—15 мА (амплитудного значения). Процедуры ежедневные по 10—15—20 мин, курс 15—20 процедур и более. Электростимуляция не должна причинять боли, больной может ощущать лишь чувство ритмичного сокращения мышц. Перед электростимуляцией рекомендуется согреть мышцу лампой соллюкс в течение 5—10 мин — это повышает эффект электростимуляции.

4. *Диадинамические токи (токи Бернара).* В качестве источника используют аппараты СНИМ-1, Тонус-1, Тонус-2, диадинамик (Польша), бипульсатор (Болгария). Для проведения процедур применяют такие же электроды, как и для гальванизации. Диадинамически-синусоидальные импульсы постоянного направления, изменяемой амплитуды и последовательности. Применение их вызывает быстрый болеутоляющий эффект. Помимо болеутоляющего эффекта, выявлено благотворное влияние этих токов на состояние периферического кровообращения и трофику тканей. Применяют при невралгиях, невритах, радикулитах, плекситах, опоясывающем лишае, ушибах, растяжениях, облитерирующем эндартериите. Процедуры проводят 1—2 раза в день, ежедневно или через день. Курс 6—15 процедур. После отдыха (6—12 дней) допустимо повторение курса. Длительность отдельных воздействий от 3—6 до 10—15 мин.

5. *Синусоидальные модулированные токи (СМТ).* Аппараты: Амплипульс-3Т, Ампли-

пульс-4. Синусоидальный ток с частотой 5000 Гц, модулированный синусоидальными колебаниями низкой частоты. Эти токи при хорошей переносимости воздействия обладают отчетливо выраженным болеутоляющим действием, улучшают состояние нервно-мышечной системы и кровообращение в области воздействия. Благодаря высокой частоте эти токи легко проходят через кожу, не вызывая раздражения. Техника отпуска процедур и показания те же, что и при токах Бернара.

Переменные токи высокой частоты. 1. *Дарсонвализация* — применение с лечебной целью переменного импульсного тока высокой частоты и напряжения и малой силы. Используют аппарат Искра-1 переносной для местной дарсонвализации с набором вакуумных электродов. Эти электроды нельзя кипятить, их промывают теплой водой и протирают спиртом. До проведения процедуры медицинская сестра проверяет силу воздействия на своей руке, прикасаясь к ней концом вакуумного электрода до ощущения легкого тепла и несильного покалывания. Затем головку вакуумного электрода переводят на поверхность тела больного (обработанную тальком для лучшего скольжения электрода) и медленно продольными и круговыми движениями легко передвигают электрод по области, подлежащей лечению. После окончания процедуры мощность уменьшают до нуля и после этого удаляют электрод с кожи больного. При полостных воздействиях электрод смазывают стерильным вазелином и медленно вращательными движениями вводят в полость (прямокишечный — на 4—5 см, влагалищный — на 8—10 см) при выключенном аппарате. Электроды прочно фиксируют мешочками с песком. Затем включают аппарат и постепенно усиливают мощность до легкого тепла. Электрод вынимают из полости также при выключенном аппарате. Положение больного лежа на боку для лечения прямой кишки, на спине — для лечения влагалища. Длительность процедур от 5 до 20 мин, ежедневно, курс до 20 процедур.

Показания. Невралгии, выпадение волос, кожные парестезии, трофические язвы, вялые, плохо заживающие раны, трещины заднего прохода, геморрой.

Противопоказания. Злокачественные новообразования и наклонность к кровотечениям.

2. *Индуктотермия.* Лечебное применение магнитного поля высокой и ультравысокой частоты.

Техника. Источниками этих магнитных полей являются аппараты ДКВ-2, ИКВ-4. Электромагнитные колебания подводят к участку тела больного при помощи специальных устройств — индукторов, изготовленных в виде 3-метрового кабеля с высоковольтным покрытием или в виде диска диаметром 20 и 30 см. При проведении процедур на конечностях применяют индуктор-кабель, которым тремя витками обвивают конечность (или часть ее) с расчетом, чтобы концы кабеля длиной около 1 м остались свободными для подключения к аппарату. Между витками кабеля соблюдают расстояние 2—3 см, удерживаемое специальными гребенками-разделителями. На кожу больного под витки индуктора-кабеля укладывают сложенное вдвое или втрое махровое полотенце или простыню для обеспечения «воздушного зазора». Для лечения суставов, пояснично-крестцового болевого синдрома и др. употребляют дисковый индуктор, который можно накладывать непосредственно на подлежащую область, так как в ней предусмотрен необходимый зазор. Во время процедуры больной может оставаться в одежде, не снимать сухие, а также гипсовые повязки; дефекты рогового слоя кожи и волосатость не поглощают энергии магнитного поля и не служат ему препятствием. Обязательно лишь удаление металлических предметов (часы, пряжки). Нельзя применять индуктотермию на область тела, в которой есть металлические инородные тела. Процедуры проводят на деревянных кушетках. Во время процедуры больной испытывает легкое приятное тепло. Продолжительность процедуры от 10 до 30 мин, ежедневно или через день, курс 10—12 процедур. Современные аппараты УВЧ-30, УВЧ-66, Экран-1 и Экран-2 снабжены специальным индуктором с настроенным контуром, предназначенным для проведения индуктотермии.

Показания. Подострые и хронические воспалительные процессы, особенно расположенные глубоко в тканях и органах (например, в малом тазу), пневмонии, артриты, радикулиты, плекситы, невриты, спастические колиты, острый нефрит.

Противопоказания. Злокачественные новообразования, острые воспалительные процессы (опасность обострений), наклонность к кровотечениям, нарушение чувствительности (опасность ожога!), гнойные процессы.

3. *Электрическое поле ультравысокой частоты* (УВЧ-терапия). В качестве генераторов используют аппараты Экран-1, Экран-2, УВЧ-30, УВЧ-66 и аппараты для импульсной УВЧ-терапии типа Импульс-2, Импульс-3. Электрическое поле УВЧ возникает между электродами-конденсаторами различной величины и формы. Размеры и расположение электродов определяется участком тела, подлежащего лечению. Различают продольное и поперечное расположение электродов. При продольном расположении (в одной плоскости) расстояние между электродами и кожей больного (воздушный зазор) допускается 1—2 и 3 см. В сумме от двух электродов оно не должно превышать 6 см. Чем меньше зазор, тем энергия поля расположена более поверхностно в тканях данной области; чем больше зазор, тем глубже и равномернее энергия электрического поля проникает в ткани. Энергия электрического поля УВЧ проходит через сухие и гипсовые повязки, которые во время процедуры можно не снимать. Влажные повязки и металлические предметы поглощают энергию, и лечебное воздействие становится слабым, к тому же не исключена возможность ожога. Дозируют воздействие по ощущению пациентом тепла и продолжительности процедуры.

Продолжительность процедуры 10—12 мин ежедневно или через день, курс до 20 процедур.

Показания. Острые воспалительные и нагноительные процессы, фурункулы, карбункулы, гидрадениты, синуситы, гаймориты, хронические тонзиллиты, отиты, остеомиелиты, отморожения всех степеней.

Противопоказания. Злокачественные новообразования, наклонность к кровотечениям.

Микроволновая терапия — применение с лечебной целью электромагнитного поля сверхвысокой частоты (СВЧ) сантиметрового и дециметрового диапазонов. Аппараты: стационарный Луч-58, переносной Луч-2 (для сантиметроволновой терапии), Волна-2, Ромашка (для дециметроволновой терапии). Излучатели — волноводы цилиндрической формы различной величины (от 14 см и меньше), обеспечивают концентрацию энергии поля СВЧ на ограниченном участке тела. Дозируют воздействие по ощущению легкого тепла и показаниям измерительного прибора ваттметра. Различают дозы слабые (20—30 Вт), средние (30—50 Вт) и интенсивные (60—70 Вт). Расстояние от края излучателя до кожи 5—7 см (аппарат Луч-58), 3—5 см (Волна-2) и без зазора (Луч-2, Ромашка). Продолжительность процедуры от 10 до 30 мин (Луч-58) и 5—12 мин (Луч-2), ежедневно или через день, курс от 5 до 15 процедур.

Показания те же, что и при УВЧ-терапии, а также бурситы, миозиты, периартриты, заболевания связочного аппарата и сухожилий.

Противопоказания общие для всех физических методов лечения.

Постоянное электрическое поле высокого напряжения. *Франклинизация* — применение с лечебной целью постоянного электрического поля высокого напряжения и малой силы тока.

Техника. Аппарат АФ-3. Франклинизацию проводят в виде общих (статический душ) и местных процедур. При общем воздействии больного усаживают в одежде (снять резиновую обувь, металлические предметы) на стул, поставленный на подставку, покрытую металлической пластинкой (стопы на пластинку) — это нижний электрод, соединенный с положительным полюсом аппарата; второй электрод, соединенный с отрицательным полюсом, устанавливают над головой на расстоянии 12—25 см. Головной электрод снабжен множеством острых металлических шипов, с которых стекает тихий электрический заряд. Больной во время процедуры должен ощущать легкое дуновение ветерка на голову и движение волос. В аппарате АФ-3 ножной электрод отсутствует. Имеется только головной электрод, на котором зафиксирована отрицательная полярность. Процедуры по 10—15 мин, ежедневно или через день, курс 15—20 процедур.

Показания. Невротические состояния, сопровождающиеся головной болью и бессонницей.

Противопоказания — общие для всех физических методов лечения.

Местные процедуры проводят при помощи разнообразных электродов, которые присоединяют к аппарату взамен головного электрода. Электроды при местной франклинизации устанавливают на расстоянии 5—7 см от поверхности области, подлежащей лечению. Продолжительность процедуры от 5 до 15 мин, через 2—3 дня, курс 10 процедур.

Показания. Трофические язвы, плохо заживающие раны.

Электроаэрозольингаляция. В этом методе сочетается действие лекарственного вещества и электрического заряда, вводимых через дыхательные пути ингаляционным методом. Раствор лекарственного вещества (на одну процедуру не более разовой дозы лекарственного препарата) в аппарате распыляется до состояния мелкодисперсной взвеси и приобретает электрический заряд, который повышает эффект воздействия аэрозоля. Применяют электроаэрозольгенераторы групповые (камерные) ГЭК-1, ГЭК-2 и индивидуальные ГЭИ-1. Продолжительность процедуры 5—10 мин, ежедневно, курс 10—15 процедур.

Показания. Бронхиальная астма, бронхиты, острые и хронические воспаления легких.

Аэроионотерапия — лечение ионизированным воздухом. Аппараты АИР-2, АФ-3, аэрогидроионизатор Серпухов-1. Аэроионотерапию проводят в виде общих (вдыхание ионизированного воздуха) и местных процедур (струю ионизированного воздуха направляют на область, подлежащую лечению, как при местной франклинизации). Продолжительность процедуры 5—10 мин, ежедневно, курс 10—15 процедур.

Техника безопасности при работе в электросветолечебных кабинетах. Ряд повреждений (ожоги и более тяжелые электротравмы) могут быть у больного и персонала, работающего в отделении. Они возникают: 1) при неисправности аппаратуры, 2) несоблюдении правил оборудования электросветолечебных кабинетов, 3) при неправильной методике и технике отпуска процедуры.

Особенно серьезны опасность заземления, поражения высоким напряжением и вредность воздействия поля высокой и ультравысокой частот.

Заземление возникает, если человек, находясь под действием электрического тока, соприкасается с заземленными предметами (водопроводные, отопительные и другие металлические трубы, влажный бетонный, плиточный и деревянный пол, металлические корпуса аппаратов).

Во избежание заземления необходимо знать следующее.

1. Кушетки и стулья для проведения процедур располагать так, чтобы заземленные предметы были недосягаемы для больных.

2. Полы кабинетов покрыть линолеумом.

3. Рубильники и штепсельные розетки должны иметь исправные крышки.

4. Питающие провода всех электросветолечебных аппаратов должны быть защищены резиновыми трубками и не иметь нарушений целости изоляции.

5. Заполнять 4-камерные ванны водой и удалять из них воду при выключенном аппарате.

6. Проведение процедур с током высокой и ультравысокой частоты допустимо лишь на деревянных кушетках без металлических креплений.

Опасность поражения высоким напряжением возникает при манипуляциях (ремонте) внутри аппаратов для дарсонвализации, УВЧ-, СВЧ-терапии, франклинизации при их включенном состоянии, что делать категорически запрещается. Работа на неисправных аппаратах запрещена. Необходимо строго следить за исправностью изоляции проводов и конденсаторных электродов в аппаратах для УВЧ-терапии.

Длительное пребывание в электрическом поле УВЧ может быть вредно для персонала. Вредность значительно уменьшается при помещении аппарата в экранированную кабину и снижается при настройке терапевтического контура в резонанс.

Для защиты от микроволн кабина аппарата «Луч-58» должна быть изолирована шторой из специального защитного материала.

Подробные правила по технике безопасности и санитарии изложены в официальной инструкции.

Глава 16

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ И ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

В последние годы в большинстве стран мира увеличилось число острых и хронических отравлений. Это объясняется ускоренным развитием химической промышленности, расширенным внедрением в практику сельского хозяйства ядохимикатов различного назначения, широким использованием бытовых химических веществ; отравления возможны лекарственными средствами, грибами, ядовитыми растениями, при злоупотреблении алкоголем, а также иногда с целью самоубийства. Острые отравления относятся к заболеваниям, исход которых зависит от своевременно начатой интенсивной терапевтической помощи на догоспитальном этапе лечения, а в сельской местности — в условиях фельдшерско-акушерского пункта.

Неотложная помощь зависит от пути поступления ядовитого вещества в организм. Выделяют следующие пути поступления токсического вещества в организм.

1. Пероральный путь, когда химические соединения начинают всасываться уже в полости рта, затем в желудке, кишечнике (особенно жирорастворимые соединения).

2. Парентеральный путь (внутривенно, внутримышечно, под кожу) — самый быстрый способ поступления токсической дозы лекарственных препаратов в кровь.

3. Ингаляционный путь — отравление газообразными, парообразными веществами во вдыхаемой смеси, а также жидкими веществами в форме аэрозолей.

4. Перкутанный путь, когда отравляющие вещества типа кожно-нарывного действия сравнительно хорошо проникают через кожу, всасываются и оказывают общерезорбтивное действие.

5. Введение токсических веществ в различные полости организма (прямую кишку, влагалище).

Хронические отравления развиваются постепенно при действии одного и того же химического вещества, поступающего в организм в течение длительного времени. Проявлению острого отравления при хроническом поступлении яда в организм способствуют такие явления, как кумуляция, сенсибилизация, привыкание и пристрастие.

Кумуляцией называют накопление в организме химического или фармакологически активного вещества. Накапливаться может вещество, которое медленно выводится или обезвреживается в организме.

Сенсибилизация — явление, при котором в организме вырабатывается повышенная чувствительность к повторно поступающему химическому веществу.

Чаще повторное введение одних и тех же лекарств в сенсибилизированный организм проявляется аллергическими реакциями.

Отравления требуют оказания интенсивной терапевтической помощи на фельдшерском участке и лечения в стационаре.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ

Неотложная доврачебная помощь на фельдшерско-акушерском пункте при всех видах отравления заключается в сочетанном выполнении следующих основных мероприятий: 1) задержка всасывания яда в кровь; 2) обезвреживание всосавшегося токсического вещества; 3) ускоренное выведение его из организма; 4) симптоматическая терапия.

Задержка всасывания яда в кровь осуществляется в зависимости от пути поступления токсического вещества в организм.

При отравлениях токсическими веществами, принятыми в н у т р ь, обязательными и экстренными являются следующие мероприятия.

1. Механическое удаление яда: а) промывание желудка через зонд независимо от состояния больного и срока, прошедшего с момента приема яда; б) назначение рвотных средств; в) назначение слабительных средств (солевых); г) опорожнение кишечника с помощью сифонной клизмы.

2. Химическое разрушение и нейтрализация яда: а) с помощью кислоты при отравлении щелочами; б) с помощью щелочи при отравлении кислотами; в) сероводородная вода при отравлении солями тяжелых металлов.

3. Физико-химическое связывание яда (адсорбция яда). Наибольшими адсорбирующими

свойствами обладают активированный уголь (карболен) и белая глина; как обволакивающие и адсорбирующие средства могут применяться тальк, крахмал, гидроокись алюминия, алмагель, трисиликат магния.

При ингаляционных отравлениях следует: 1) удалить пострадавшего из пораженной атмосферы; при этом персонал и пострадавший должны иметь противогазы; 2) начать гипервентиляцию легких кислородом при помощи аппарата искусственного дыхания или чистым воздухом; 3) провести симптоматическое лечение.

При попадании токсического вещества на кожу необходимо: 1) обмыть кожные покровы проточной водой; 2) обезвредить яд химическим путем, нейтрализовать кислоты и щелочи; 3) при поражении отравляющими веществами кожно-нарывного действия участки кожи дополнительно обработать раствором хлорамина, провести симптоматическую терапию и эвакуировать пострадавшего по назначению.

Обезвреживание всосавшегося яда включает следующие мероприятия: 1) специфическую или антидотную терапию; 2) симптомати-

Таблица 11

Антидотная терапия острых отравлений

Название яда	Антидот (противоядие)
Ртуть, хром, соединения мышьяка, люизит	Унитиол (в/м 3—5 мг/кг, повторно через 6—8 ч; на 2-е сутки через 8—12 ч; на протяжении последующих 5 сут 1—2 раза в день)
Синильная кислота и ее соли; соединения мышьяка, ртути, свинца	Натрия тиосульфат (в/в 50 мл 30 % раствора). Амилнитрит применяют ингаляционным путем по 2—3 капли на вату. Глюкоза (20—40 мл 40 % раствора в/в)
Дихлорэтан, четыреххлористый углерод, трихлорэтилен	Тетацин-кальций (20 мл в/в капельно в 500 мл 0,85 % раствора натрия хлорида или 5 % раствора глюкозы; повторно 3—4 дня)
Тиофос, хлорофос, карбофос и другие фосфорорганические соединения (ФОС)	Атропин (интенсивная атропинизация — 2—3 мл 0,1 % раствора в/в, при тяжелых отравлениях до 8—15 мл в течение первого часа). Реактиваторы холинэстеразы: дипироксим 1—4 мл 15 % раствора в/в или в/м. Изонитрозин (1—3 мл 40 % раствора в/в или в/м). ПАМ-хлорид (30—50 мл 1 % раствора в/в)
Барбитураты (барбитал, фенобарбитал, барбитал-натрий)	Токсогонин (1 мл 25 % раствора в/в) Бемегрид (10 мл 0,5 % раствора в/в). Атропин (1 мл 0,1 % раствора в/в). Кальция хлорид (10 мл 10 % раствора в/в). АТФ (2 мл 1 % раствора в/м). Витамины группы В, аскорбиновая кислота. Полиглюкин
Атропин, скополамин, аэрон, красавка, белена	Пилокарпин (1 мл 1 % раствора под кожу). Прозерин (1 мл 0,05 % раствора под кожу)
Плутоний, радиоактивный иттрий, стронций, свинец, продукты деления урана	Пентацин (5 мл 5 % раствора, доза может быть повышена до 30 мл. Вводят в/в медленно, наблюдая за состоянием сердечно-сосудистой системы. Инъекции производят через 1—2 дня; на курс 10—20 инъекций)
Тетурам-алкогольная реакция (после лечения антабусом)	Горизонтальное положение больного. Глюкоза (40 мл 40 % раствора в/в с аскорбиновой кислотой). Кордиамин, кофеин. При падении АД вводят стрихнин, эфедрин, адреналин. При эпилептиформных припадках в/в вводят 5 мл 10 % раствора сульфата магния
Нитрат серебра	Хлорид натрия (10 % раствор внутрь).
Анилин, селитра	Метиленовый синий (1—2 мл/кг 1 % раствора в/в с глюкозой). Аскорбиновая кислота (50 мл 5 % раствора в/в)
Антикоагулянты: гепарин, кумарин и др.	Протамина сульфат [5 мл 1 % раствора в/в (1 мг на 100 ЕД гепарина)]. Витамин К(5 мл 1 % раствора в/в). Аминокапроновая кислота в/в
Спирт метиловый (метанол)	Этиловый спирт [100 мл 30 % раствора внутрь или 5 % раствор в/в (1 мл/кг массы тела)]
Морфин, кодеин, героин, промедол	Налорфин (анторфин) под кожу, в/м или в/в по 1 мл 0,5 % раствора повторно через 10—15 мин, но не более 40—50 мг (8 мл 0,5 % раствора). Устраняет угнетение дыхания, гипотонию, аритмию сердца

ческую терапию или стимуляцию физиологических функций; 3) методы ускорения выделения яда из организма. Обезвреживание уже всосавшегося яда при острых отравлениях достигается и применением вышеописанных лечебных мероприятий (промывание желудка и др.).

Антидотная терапия оказывает противотоксическое действие (табл. 11).

Симптоматическая терапия направлена на поддержание кровообращения (введение сердечных гликозидов, камфоры) и дыхания (аналептические средства — стимуляторы дыхания, искусственное дыхание, кислородная терапия). Переливание кровезамещающих жидкостей или крови проводится только под наблюдением врача.

Ускорение выделения токсического вещества. На фельдшерско-акушерском пункте наиболее простым и легко выполнимым методом диуреза (мочеизнурения) является водная нагрузка. С этой целью пострадавшему назначают обильное питье, в/в вводят большие количества изотонических растворов (5 % раствор глюкозы, 0,85 % раствор хлорида натрия). Диуретические (мочегонные) средства (фуросемид и др.) можно применять только по назначению врача. Мочегонные средства противопоказаны при осложнении отравления острой почечной недостаточностью (анурия). Ускорению выделения яда способствует усиление моторной деятельности кишечника с помощью слабительных (солевых) средств и клизм. Фельдшер обязан владеть приемами искусственного дыхания, искусственной вентиляции легких, кровопускания.

Гемодиализ с использованием аппарата «искусственная почка», перитонеальный диализ, обменное переливание крови (операция замещения крови) могут применяться лишь в стационаре, в специализированных нефрологических и токсикологических отделениях.

Реанимация на догоспитальном этапе при отравлениях доступна каждому. Фельдшер обязан в совершенстве владеть приемами доврачебной реанимации.

Сердечно-легочная реанимация проводится в следующей последовательности: 1) обеспечивается проходимость дыхательных путей; 2) осуществляется искусственное дыхание; 3) восстанавливается кровообращение.

Для обеспечения проходимости дыхательных путей больной должен лежать на спине; голову его запрокидывают назад. Нагнетание воздуха в легкие проводится способом «изо рта в рот», с помощью дыхательного мешка или аппарата. Если искусственная вентиляция легких на этих этапах не удалась, следует выдвинуть вперед нижнюю челюсть, очистить рот и глотку, ввести воздуховод (с целью удержать западение корня языка и предупредить обтурацию воздухоносных путей); при возможности провести интубацию трахеи с искусственной вентиляцией легких; ликвидировать бронхоспазм введением 1 мл 0,1 % раствора атропина.

Нарушение гемодинамики в раннем периоде отравлений проявляется снижением или падением АД. В подобных случаях целесообразно в/в капельное введение 500—800 мл полиглюкина или гемодеза, введение эфедрина, адреналина.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Основные задачи фельдшера:

— своевременное оказание неотложной доврачебной помощи при отравлениях;

— обязательная госпитализация всех больных с острыми отравлениями;

— учет и диспансеризация больных после лечения антабусом и отравления;

— повышение квалификации и безукоризненное владение приемами сердечно-легочной реанимации;

— проведение санитарно-просветительной работы среди населения и противоалкогольной пропаганды.

Фельдшер обязан знать на своем участке возможные источники отравления (неправильное хранение ядовитых веществ в совхозе, колхозе, столовой; несоблюдение правил безопасности при использовании различных ядохимикатов; злоупотребление алкоголем; возможные отравления суррогатами алкоголя).

Для оказания помощи больным с острыми отравлениями на фельдшерско-акушерском пункте должны быть в достаточном количестве соответствующее оборудование и медикаменты. Приводим перечень их.

Оборудование: 1. Зонды желудочные. 2. Воздуховоды разного типа. 3. Языкодержатель. 4. Роторасширитель. 5. Аппарат для проведения искусственной вентиляции легких, дыхательный мешок любой конструкции. 6. Электроотсос, водоструйный отсос, шприц типа Жане. 7. Воронки стеклянные. 8. Кувшин для воды. 9. Ведра, тазы. 10. Кислородный ингалятор. 11. Ингалятор аэрозольный. 12. Система для внутривенного введения кровезаменителей, лекарственных средств. 13. Шприцы емкостью 2, 5, 10 и 20 мл.

Медикаменты:

1. Атропин, 0,1 % раствор — 50 ампул по 1 мл
2. Бемегрид, 0,5 % раствор — 10 ампул по 10 мл
3. Дипироксим (ТМБ-4), 15 % раствор — 10 ампул по 1 мл
4. Натрия тиосульфат, 30 % раствор — 20 ампул по 10 мл
5. Глюкоза, 40 % раствор — 20 ампул по 20 мл
6. Унитиол, 5 % раствор — 10 ампул по 5 мл
7. Прозерин, 0,05 % раствор — 10 ампул по 1 мл
8. Аскорбиновая кислота, 5 % раствор — 20 ампул по 1 мл
9. Полиглюкин — 3 флакона
10. Гемодез — 3 флакона
11. Активированный уголь — 200 г
12. Метиленовый синий, 1 % раствор — 10 ампул по 10 мл

13. Сульфат магния, 25 % раствор — 30 ампул по 10 мл
14. Сердечно-сосудистые средства
15. Диуретические средства
16. Налорфин, 0,5% раствор — 5 ампул по 2 мл
17. Антарсин, 1 % раствор — 5 ампул по 1 мл
18. Амилнитрит — 5 ампул по 0,5 мл

СИМПТОМАТИКА И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

ОТРАВЛЕНИЕ ЭТИЛОВЫМ СПИРТОМ. Острая алкогольная интоксикация развивается быстро, так как этиловый спирт всасывается в желудке. Летальная доза при пероральном употреблении для взрослых около 500 мл (96 % раствор). Этиловый спирт относится к наркотическим средствам и оказывает угнетающее действие на центральную нервную систему. Развивается коматозное состояние, которое характеризуется потерей чувствительности и движений. Зрачки сужены. Кожа холодная, имеет цианотичный оттенок. Запах алкоголя изо рта. Рвота. Дыхание поверхностное, затрудненное. Западение языка. Начальная артериальная гипертония сменяется коллапсом.

Лечение: 1. Обильное промывание желудка через зонд.

2. В/в введение гипертонического раствора глюкозы с инсулином (500 мл 20 % раствора глюкозы и 20 ЕД инсулина), 4 % раствора гидрокарбоната натрия (500—1000 мл).

3. Витаминотерапия (по 5—6 мл 5 % раствора витаминов B_1 и B_6 в/м).

4. Метод форсированного диуреза проводится врачом в условиях стационара. Фельдшер может проводить водную нагрузку на этапе эвакуации, не задерживая госпитализации больного. При этом следует помнить, что метод форсированного диуреза противопоказан при алкогольной интоксикации, осложненной сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушением функции почек. При алкогольной интоксикации часто наблюдается задержка мочеиспускания (переполненный мочевой пузырь), поэтому перед проведением водной нагрузки и перед госпитализацией следует мягким катетером спустить мочу (предупреждение разрыва мочевого пузыря).

5. При снижении АД назначают эфедрин, строфантин, в/в вводят полиглюкин (500 мл) и преднизолон (20 мг).

6. Кислород.

7. Госпитализация.

ОТРАВЛЕНИЕ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ. Метиловый алкоголь (древесный спирт, метанол) быстро всасывается в желудке, максимальный уровень в крови отмечается спустя 1 ч после приема. Первые симптомы отравления такие же, как при отравлении этиловым спиртом, затем появляются боли в животе, головокружение, двоение в глазах (диплопия), ослабленная реакция зрачков на свет, приступы судорог, коллапс. Смерть наступает в результате паралича дыхательного центра.

Лечение: 1. Промывание желудка.

2. В/в введение гипертонического раствора глюкозы с инсулином, 4 % раствора гидрокарбоната натрия.

3. Витаминотерапия.

4. В/в медленно 5—10 % раствор этилового спирта с изотоническим раствором натрия хлорида (от 10 до 20 мл этилового спирта в сутки).

Лечение проводят в течение 3—5 сут. Преждевременное прекращение лечения (при кажущемся хорошем состоянии больного) может вызвать обострение интоксикации и потерю зрения даже спустя несколько дней. Госпитализация больного строго обязательна!

ОТРАВЛЕНИЕ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ И СМЕСЯМИ ГЛИКОЛЯ (антифриз, антикоррозийная жидкость, тормозная жидкость, растворитель красок). Токсическое действие связано с поражением центральной нервной системы и паренхиматозных органов (почек, печени). Смертельная доза 100 мл. Отравления встречаются при употреблении этих жидкостей в качестве алкогольного напитка. Отравление проявляется легким опьянением. Спустя 5—10 ч появляются боли в подложечной области, жажда, рвота, понос. Психомоторное возбуждение; при тяжелых отравлениях наступают потеря сознания, судороги, явления сердечно-сосудистой и почечной недостаточности.

Лечение: 1. Промывание желудка.

2. Солевое слабительное.

3. Водная нагрузка.

4. Глюконат кальция (20 мл 10 % раствора в/в).

5. Сердечно-сосудистые средства.

6. Госпитализация.

ОТРАВЛЕНИЕ ХЛОРИРОВАННЫМИ УГЛЕВОДОРОДАМИ. Четыреххлористый углерод, дихлорэтан, тетрахлорметан, фреон широко применяются в промышленности для производства лаков, клея, в быту — для чистки одежды, фреон в холодильной технике. Хлорированные углеводороды обладают ароматическим запахом, напоминающим запах хлороформа. Отравления возможны при поступлении этих веществ в организм через дыхательные пути, реже — через пищеварительный тракт или кожу. Отравление проявляется возбуждением, развивается кома, возможны параличи. Отмечается синдром гастрита, гастроэнтерита. Спустя 2—3 сут развивается сердечно-сосудистая и печеночно-почечная недостаточность.

Лечение: 1. Промывание желудка.

2. Водная нагрузка 5 % раствором глюкозы, изотоническим раствором натрия хлорида.

3. В/в введение капельно 30 % раствора

мочевины или 20 % раствора маннитола из расчета 1 г/кг массы тела больного.

4. В/в введение 20 мл 10 % раствора тетацин-кальция.

5. Витамины B_1, B_{12}, аскорбиновая кислота.

6. Сердечно-сосудистые средства.

7. Срочная госпитализация.

Летальность высокая, так как специфической (антидотной) терапии нет. В первые часы после отравления эффективны гемодиализ, операция замещения крови.

ОТРАВЛЕНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ (ФОС). Тиофос, хлорофос, карбофос и другие средства, применяемые как инсектициды, пестициды, а также как боевые отравляющие вещества, оказывают токсическое действие на организм при поступлении через органы дыхания, кожу, желудочно-кишечный тракт. Смертельная доза ФОС при поступлении внутрь 0,2—2 г. При отравлении ингаляционным путем первые симптомы отравления появляются через 15—20 мин. Больные отмечают головокружение, головную боль, чувство страха, потливость. Наблюдаются гиперсекреция в бронхиальном дереве, судороги, фибрилляция всех мышц, повышение АД, тахикардия. При тяжелых формах отравления — кома, поверхностное дыхание, снижение АД, развитие параличей.

Лечение: 1. Промывание желудка через зонд раствором гидрокарбоната натрия.

2. Форсированный диурез.

3. Специфической терапией является интенсивная атропинизация — в/в введение в течение первого часа 2—3 мл 0,1 % раствора атропина до признаков атропинизации больного (прекращение бронхо- и ларингоспазма, появление сухости кожных покровов, расширение зрачков, тахикардия). При тяжелых отравлениях вводят 8—15 мл атропина.

4. Дипироксим (1—2 мл 15 % раствора в/в).

5. Срочная госпитализация.

ОТРАВЛЕНИЕ СНОТВОРНЫМИ СРЕДСТВАМИ И ПСИХОТРОПНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ. Основную группу снотворных средств, вызывающих наибольшее число отравлений, составляют барбитураты (барбитал, барбитал-натрий, фенобарбитал), увеличилось число отравлений ноксироном, аминазином, мепротаном, хлордиазепоксидом.

Тяжесть интоксикации обусловлена воздействием этих препаратов на центральную нервную систему (глубокая кома, нарушения дыхания, кровообращения).

Лечение: 1. Меры по восстановлению адекватного дыхания (отсасывание слюны, искусственная вентиляция легких).

2. Повторно в/в 1 мл 0,1 % раствора атропина, 10 мл 10 % раствора хлорида кальция. Бемегрид (10 мл 0,5 % раствора).

3. Кокарбоксилаза (50—100 мг).

4. Витамины группы В, аскорбиновая кислота.

5. Сердечно-сосудистые средства.

6. Госпитализация (перевод на искусственную вентиляцию легких, стимуляция диуреза, гемодиализ, операция замещения крови).

ОТРАВЛЕНИЕ УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИЕЙ сопровождается распространенными глубокими ожогами слизистой оболочки полости рта, глотки, пищевода, желудка. Ожог и отек гортани могут привести к механической асфиксии.

Лечение: 1. Перед промыванием желудка в/в вводят 2 мл 1 % раствора димедрола, 1 мл 0,1 % раствора атропина, 2 мл 2 % раствора промедола, 10 мл 10 % раствора хлорида кальция, 60 мг преднизолона.

2. Промывание желудка 10—15 л 2 % раствора гидрокарбоната натрия.

3. Периодически подсолнечное масло с анестезином.

4. Срочная госпитализация.

ОТРАВЛЕНИЕ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА. Острые случайные отравления окисью углерода (угарным газом, светильным газом) могут быть как на промышленных предприятиях, так и в быту. Окись углерода связывается с гемоглобином в 200—300 раз быстрее, чем кислород, поэтому даже небольшое количество этого газа в атмосфере достаточно для того, чтобы вызвать тяжелое отравление. Концентрация окиси углерода в воздухе, превышающая 0,1 %, приводит к смерти в течение 1 ч пребывания в отравленной атмосфере. В легких случаях отравления проявляются головокружением, головной болью; отмечаются шум в ушах, одышка, сердцебиение, мерцание перед глазами, покраснение лица, общая слабость, тошнота, иногда рвота; в тяжелых случаях — судороги, потеря сознания, кома.

Лечение: 1. Вынести пострадавшего из помещения, воздух которого содержит угарный газ. Соединение окиси углерода с гемоглобином обратимо. При отравлении легкой степени достаточно применить гипервентиляцию кислородом.

2. Искусственная вентиляция легких.

3. Лобелин (0,5 мл 1 % раствора под кожу), кофеин.

4. Кокарбоксилаза (100—200 мг в/в).

СИМПТОМАТИКА И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

АЗОТНАЯ КИСЛОТА см. *Кислоты крепкие.*

АКРИХИН см. *Хинин.*

АЛКОГОЛЬ см. *Отравление этиловым спиртом.*

АМИДОПИРИН (анальгин, антипирин, бутадион). Смертельная доза 10—15 г.

Симптомы: шум в ушах, тошнота, рвота, общая слабость, понижение температуры тела, одышка, сердцебиение. При тяжелых отравлениях возникают судороги икроножных мышц, потеря сознания, ослабление пульса и падение АД.

Неотложная помощь: промывание желудка через зонд, солевое слабительное; форсированный диурез на этапах эвакуации ограничивается водной нагрузкой. Витамины B_1, B_2, (2 мл 5 % раствора в/м). При судоро-

гах — барбамил (5 мл 10 % раствора в/м). Лечение в условиях стационара.

АМИНАЗИН (хлорпромазин, ларгактил, плегомазин). Смертельная доза около 6 г.

Симптомы: резкая слабость, головокружение, сухость во рту, тошнота. Эпилептиформные судороги, потеря сознания. Коматозное состояние, расстройство дыхания.

Неотложная помощь: промывание желудка, солевое слабительное, обильное питье. При гипотонии — кофеин (1—3 мл 10 % раствора) и эфедрин (2 мл 5 % раствора) под кожу, метазон (1 мл 1 % раствора). При судорогах — хлоралгидрат в клизме. Сердечно-сосудистые средства.

АНИЛИН (нитриты, нитраты, толуидин). Смертельная доза при приеме внутрь 1 г.

Симптомы: синюшная окраска слизистой оболочки губ, ушных раковин, ногтевых фаланг. Резкая слабость, головокружение, головная боль, эйфория, возбуждение, рвота, одышка. При тяжелом отравлении потеря сознания, коматозное состояние, слюнотечение, выделение бронхиального секрета (бронхорея), нарушение дыхания, острая сердечно-сосудистая и почечная недостаточность.

Неотложная помощь: внутрь (через рот) 2 столовые ложки активированного угля с последующим промыванием желудка через зонд. После обильного промывания желудка вводят 30 г солевого слабительного и 150 мл вазелинового масла. В/в 1 % раствор метиленового синего (по 1—2 мл/кг массы тела) с 5 % раствором глюкозы. В/в 100 мл 30 % раствора тиосульфата натрия, витамин В, аскорбиновая кислота. Водная нагрузка. При попадании анилина на кожу — обмывание пораженных мест раствором перманганата калия (1:1000).

АНТАБУС (тетурам) — алкогольно-антабусная реакция развивается вследствие приема алкоголя после курса лечения антабусом.

Симптомы: покраснение кожных покровов, озноб, страх смерти. При тяжелой реакции появляется бледность кожных покровов, цианоз, рвота, частый пульс, падение АД, потеря сознания, нарушение дыхания.

Неотложная помощь: горизонтальное положение больного: в/в 40 мл 40 % раствора глюкозы с 10 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты; в/в капельно 1000 мл 4 % раствора гидрокарбоната натрия; витамины B_1, B_6 по 2 мл в/м; сердечно-сосудистые средства, кислород.

АНТИКОАГУЛЯНТЫ (гепарин, дикумарин, пелентан, фенилин).

Симптомы: носовые, маточные, желудочные, кишечные кровотечения; гематурия. Множественные кровоизлияния в подкожную клетчатку, мышцы, внутренние органы и мозг.

Неотложная помощь: хлорид кальция (10 мл 10 % раствора в/в), витамин К (5 мл 1 % раствора в/в); аминокапроновая кислота (250 мл в/в). Протамина сульфат (5 мл 1 % раствора в/в); сердечно-сосудистые средства. Срочная госпитализация!

АНТИФРИЗ см. *Отравление этиленгликолем и смесями гликоля.*

АТРОПИН (белена, красавка, дурман).

Симптомы: сухость во рту, расстройство речи и глотания, светобоязнь, возбуждение, бред. При тяжелых отравлениях — потеря ориентации, возбуждение, судороги, потеря сознания. Повышение температуры тела, цианоз слизистых оболочек, одышка, слабый пульс, падение АД.

Неотложная помощь: промывание желудка через зонд, обильно смазанный вазелиновым маслом. Под кожу 1—2 мл 0,05 % раствора прозерина (повторно). При психомоторном возбуждении вводят 2 мл 2,5 % раствора аминазина в 20 мл 5 % раствора глюкозы в/в медленно; под кожу промедол (2 мл 1 % раствора). При резкой гипертермии — амидопирин (10 мл 4 % раствора), анальгин (2 мл 50 % раствора) в/м, пузыри со льдом на голову и паховые области. Кофеин, камфора.

АЦЕТОН (пропанол).

Симптомы: клиническая картина алкогольной интоксикации; изо рта — запах ацетона; при отравлении парами ацетона наблюдаются явления раздражения слизистых оболочек глаз, глотки, дыхательных путей, головные боли, обморочные состояния.

Неотложная помощь см. *Отравление этиловым спиртом;* в/м эуфиллин (1 мл 24 % раствора); в/в капельно 1500 мл 4 % раствора гидрокарбоната натрия. Оксигенотерапия. Водная нагрузка.

АЭРОН см. *Атропин.*

БАРБИТУРАТЫ (амитал-натрий, этаминал-натрий, фенобарбитал, барбитал-натрий, гексенал). См. *Отравление снотворными средствами и психотропными препаратами*, с. 381. Смертельная доза 0,1 г/кг массы тела.

БАРИЙ И ЕГО СОЛИ. Смертельная доза при приеме внутрь хлорида бария 0,8 г, карбоната бария 2 г.

Симптомы: головокружение, жжение во рту, боли в желудке, слюнотечение, тошнота, рвота, жидкий стул. Кожа бледная, покрыта холодным потом; мышечная слабость. Пульс замедленный, аритмичный. Падение АД. Одышка, цианоз. Смерть наступает в 1-е сутки после отравления при явлениях падения сердечной деятельности.

Неотложная помощь: промывание желудка через зонд 1 % раствором сульфата натрия или сульфата магния для образования нерастворимого сульфата бария. Сульфат натрия (30 г) внутрь, повторно по 5 г в 50 мл воды через час. Клизмы из 10 % раствора тех же солей. Промедол (1 мл 2 % раствора). Атропин (1 мл 0,1 % раствора) с 5 % раствором глюкозы. В/в капельно 20 мл 10 % раствора тетацин-кальция с глюкозой (500 мл 5 % раствора). Обильное питье. Сердечно-сосудистые средства (противопоказаны строфантин, дигиталис!). Витамины B_1, B_{12}. Оксигенотерапия.

БЕЛЛАДОННА см. *Атропин.*

БЕЛЛОИД (белласпон). Смертельная доза 30 таблеток.

Симптомы: клиническая картина отравления барбитуратами и атропином.

Неотложная помощь: при возбуждении см. *Атропин,* при развитии комы см. *Барбитураты.*

БЕРТОЛЕТОВА СОЛЬ (хлорноватокислый калий). Смертельная доза 10 г.

Симптомы: вызывает ожоги слизистых оболочек, действуя, как щелочь. Боли в животе, рвота черно-зелеными массами. Цианоз слизистых оболочек. Острая печеночно-почечная недостаточность.

Неотложная помощь: под кожу морфин (1 мл 1 % раствора), димедрол (2 мл 1 % раствора), атропин (1 мл 0,1 % раствора). Промывание желудка. Внутрь эмульсия подсолнечного масла. В/в капельно тиосульфат натрия (100 мл 30 % раствора) с глюкозой (300 мл 40 % раствора).

БРОМ. Токсическое действие см. *Хлор.*

Симптомы: при токсическом действии паров брома возникают насморк, слезотечение, слюнотечение, конъюнктивиты. Характерна коричневая окраска языка, слизистой оболочки рта и конъюнктивит. Иногда носовые кровотечения, крапивница (аллергическая). Острый бронхит и пневмония.

Неотложная помощь: вынести больного из пораженного помещения. Кислород. Под кожу атропин (1 мл 0,1 % раствора), эфедрин (1 мл 5 % раствора). В/в хлорид кальция (10 мл 10 % раствора), эуфиллин (10 мл 2,4 % раствора). Антибиотики.

ДИМЕТИЛФТАЛАТ см. *Отравление метиловым спиртом.* Диметилфталат используется в быту как средство от комаров, входит в состав лосьонов «Ангара», «Тайга», «Репудин».

ДЕНАТУРАТ см. *Отравление этиленгликолем и смесями гликоля.*

ГРИБЫ ЯДОВИТЫЕ (мускарин).

Симптомы: тошнота, повторная рвота, боль в животе, понос (часто с кровью), жажда, головная боль, головокружение; общая слабость, замедленный пульс, падение АД; бред, судороги, потеря сознания, кома.

Неотложная помощь: промывание желудка через зонд, солевое слабительное; в/в глюкоза (100 мл 40 % раствора), капельно в/в изотонический раствор натрия хлорида до 1500 мл. Под кожу атропин (1 мл 0,1 % раствора). При судорогах — сульфат магния (10 мл 25 % раствора). Сердечно-сосудистые средства.

ДИХЛОРЭТАН см. *Отравление хлорированными углеводородами.*

ДРЕВЕСНЫЙ СПИРТ см. *Отравление метиловым спиртом.*

ЙОД.

Симптомы: при вдыхании паров йода развивается поражение верхних дыхательных путей, возникают мучительный приступообразный кашель, боли в груди, головная боль. При попадании концентрированных растворов йода внутрь развиваются ожоги пищевода, желудка, слизистые оболочки приобретают темно-бурый цвет.

Неотложная помощь: при вдыхании паров йода вынести больного из пораженного помещения: кислород, под кожу атропин (1 мл 0,1 % раствора), эфедрин (1 мл 5 % раствора), димедрол (2 мл 1 % раствора); в/в хлорид кальция (10 мл 10 % раствора), эуфиллин (10 мл 2,4 % раствора). При попадании йода внутрь — промывание желудка через зонд лучше 0,5 % раствором тиосульфата натрия. В/в капельно тиосульфат натрия (300 мл 30 % раствора). Противошоковая терапия.

КАЛИЙ ЦИАНИСТЫЙ см. *Синильная кислота.*

КАЛИЯ ПЕРМАНГАНАТ. Смертельная доза 0,5—1 г.

Симптомы: резкие боли в полости рта, по ходу пищевода и в желудке, рвота, жидкий стул с примесью крови; слизистые оболочки темно-коричневого цвета; возможны отек гортани, асфиксия, ожоговый шок, возбуждение, судороги.

Неотложная помощь: под кожу атропин (1 мл 0,1 % раствора), морфин (1 мл 1 % раствора); в/м папаверин (1 мл 2 % раствора) с последующим промыванием желудка через зонд; ингаляция аэрозоля содового раствора; в/в глюконат кальция (20 мл 10 % раствора); при резком цианозе в/в метиленовый синий (50 мл 1 % раствора), аскорбиновая кислота (30 мл 5 % раствора) с глюкозой (500 мл 5 % раствора).

КАУСТИЧЕСКАЯ СОДА см. *Щелочи едкие.*

КИСЛОТЫ КРЕПКИЕ (соляная, серная, азотная, уксусная, паяльная и др.).

Симптомы: резкие боли в полости рта, по ходу пищевода и в желудке. Рвота с примесью крови. Обильное слюнотечение, отек гортани, резко болезненный кашель.

Неотложная помощь: перед промыванием желудка с целью обезболивания под кожу вводят морфин (1 мл 1 % раствора) и атропин (1 мл 0,1 % раствора); промывание желудка через зонд, несмотря на наличие в желудочном содержимом крови; противошоковая терапия; слабительное не давать! Внутрь через каждый час дают 20 мл микстуры следующего состава: 200 мл 10 % эмульсии подсолнечного масла, 2 г анестезина, 1 г окситетрациклина гидрохлорида. Сердечно-сосудистые средства. В ожидании эвакуации в/м гидрокортизон (100 мг), витамины, кровоостанавливающие средства.

МЕДЬ, МЕДИ СУЛЬФАТ. Смертельная доза 10 г.

Симптомы: тошнота, рвота, боли в животе, частый жидкий стул, слабость, головокружение, головная боль, сердцебиение, затрудненное дыхание, коллапс, судороги.

Неотложная помощь: промывание желудка, солевое слабительное: унитиол (10 мл 5 % раствора в/м одномоментно, затем каждые 3 ч по 5 мл). Под кожу морфин, атропин; в/в тиосульфат натрия (100 мл 30 % раствора), тетацин-кальций (20 мл 10 % раствора); витамины, антибиотики.

МЕПРОТАН (триоксазин, ноксирон, хлордиазепоксид). Смертельная доза мепротана 10 г. Клиническая картина и неотложная помощь см. *Отравление снотворными средствами и психотропными препаратами.*

МОРФИН. Смертельная доза 0,1—0,2 г внутрь.

Симптомы: при приеме внутрь или парентеральном введении токсических доз развивается коматозное состояние, для которого характерны сужение зрачков с ослаблением

реакции на свет, гиперемия кожи, судороги; в тяжелых случаях — нарушение дыхания, асфиксия, падение АД.

Неотложная помощь: повторное промывание желудка (независимо от пути введения морфина), солевое слабительное; в/в повторно налорфин (анторфин) (1—3 мл 0,5 % раствора); водная нагрузка; сердечно-сосудистые средства, антибиотики, витамин B_1. Кислород.

МЫШЬЯК. Смертельная доза при приеме внутрь 0,05—0,2 г.

Симптомы: рвота, металлический вкус во рту, сильные боли в животе; рвотные массы зеленого цвета; жидкий стул, напоминающий рисовый отвар; резкое обезвоживание организма; судороги, потеря сознания.

Неотложная помощь: промывание желудка, сифонные клизмы; унитиол (5 мл 5 % раствора) в/в 8 раз в сутки; в/в капельно тетацин-кальций (30 мл 10 % раствора) в 500 мл 5 % раствора глюкозы; витамины С, B_1, B_6, B_{12}. В/в хлорид кальция (10 мл 10 % раствора); под кожу изотонический раствор натрия хлорида и 5 % раствор глюкозы до 3 л/сут. При болях в животе — атропин (1 мл 0,1 % раствора). Сердечно-сосудистые средства.

НАТР ЕДКИЙ см. *Щелочи едкие.*

НИКОТИН — алкалоид табака. Смертельная доза 0,05 г.

Симптомы: чувство зуда во рту, за грудиной и в подложечной области, участки онемения кожных покровов, головокружение, головная боль, расстройство зрения и слуха. Расширение зрачков, рвота, одышка, сердцебиение, судороги, потеря сознания.

Неотложная помощь: внутрь активированный уголь, после чего обильное промывание желудка раствором перманганата калия (1:1000), солевое слабительное. Кофеин, кордиамин; при замедлении пульса атропин под кожу (1 мл 0,1 % раствора), при нарушении сердечного ритма типа тахиаритмии — строфантин в/в с глюкозой. При судорогах с затрудненным дыханием в/в барбамил (10 мл 10 % раствора, вводить медленно!). Оксигенотерапия.

ОМНОПОН см. *Морфин.*

ОПИЙ см. *Морфин.*

ПАНТОПОН см. *Морфин.*

ПАХИКАРПИН. Смертельная доза 1,5 г. Отравления чаще наблюдаются при приеме пахикарпина с целью прерывания беременности.

Симптомы: расширение зрачков, расстройство зрения, резкая слабость, сухость слизистых оболочек, головокружение, тошнота, рвота, боли в животе, сердцебиение, падение АД, судороги, возможен выкидыш.

Неотложная помощь: промывание желудка, солевое слабительное, строгий постельный режим, сердечно-сосудистые средства; водная нагрузка с целью усиления диуреза; под кожу прозерин (1 мл 0,05 % раствора) повторно, в/м АТФ (аденозинтрифосфорная кислота) (3 мл 1% раствора); в/в глюкоза (500 мл 5 % раствора).

ПРОМЕДОЛ см. *Морфин.*

РЕОПИРИН см. *Амидопирин.*

РТУТЬ см. *Сулема.* Металлическая ртуть при попадании внутрь нетоксична.

САЛИЦИЛОВАЯ КИСЛОТА (ацетилсалициловая кислота, салицилат натрия, фенилсалицилат). Смертельная доза салициловой кислоты 30—40 г.

Симптомы: жжение и боль по ходу пищевода и желудка; рвота, часто с примесью крови; головокружение, шум в ушах. Больные возбуждены, эйфоричны, развивается коматозное состояние. Иногда появляются геморрагии на коже, профузные носовые, желудочные и маточные кровотечения.

Неотложная помощь: промывание желудка через зонд, вазелиновое масло — 50 мл. Для местного лечения обожженной поверхности внутрь через каждый час дают 20 мл микстуры следующего состава: 200 мл 10 % эмульсии подсолнечного масла, 2 г анестезина, 1 г окситетрациклина гидрохлорида. Водная нагрузка. При кровотечении — викасол, хлорид кальция.

СВИНЕЦ И ЕГО СОЕДИНЕНИЯ (свинцовые белила).

Симптомы: металлический вкус и сухость во рту, беловатая окраска языка и слизистой оболочки полости рта, позднее темная кайма на деснах; головная боль, тошнота, рвота серовато-белыми массами; боли в животе, жидкий черный или кровянистый стул. Бред. Судороги. Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Неотложная помощь: в/в капельно тетацин-кальций (40 мл 10 % раствора) с глюкозой (500 мл 5 % раствора), под кожу атропин (1 мл 0,1 % раствора), витамины B_1, B_{12}.

СЕЛИТРА см. *Анилин.*

СЕРЕБРА НИТРАТ (ляпис).

Симптомы: слизистая оболочка рта белая или серая, боли в животе, рвота белыми хлопьями, чернеющими на свету. Головокружение, судороги.

Неотложная помощь: промывание желудка 2—5 % раствором хлорида натрия. Внутрь подсолнечное масло с анальгином. Обильное питье. При коллапсе — под кожу кофеин, кордиамин.

СИНИЛЬНАЯ КИСЛОТА (цианиды). Смертельная доза синильной кислоты 0,05 г, цианистого калия 0,25 г.

Симптомы: приступ судорог, резкий цианоз кожи и слизистых оболочек. Через несколько минут наступает смерть от остановки дыхания. При действии меньших доз появляются резкая головная боль, тошнота, рвота, боли в животе. Нарастают общая слабость, одышка, сердцебиение, судороги; потеря сознания. Смерть наступает через несколько часов при явлениях острой сердечно-сосудистой недостаточности и остановки дыхания.

Неотложная помощь: ингаляция амилнитрита (2—3 ампулы); промывание желудка через зонд раствором перманганата калия (1:1000) или 2,5 % раствором тиосульфата натрия. В/в медленно натрия нитрит (10 мл 1 % раствора); под кожу эфедрин,

кордиамин; в/в тиосульфат натрия (50 мл 30 % раствора), метиленовый синий (50 мл 1 % раствора), глюкоза (40 мл 40 % раствора). Оксигенотерапия.

СКИПИДАР (терпентин). Смертельная доза скипидара 100 мл.

Симптомы: боли в желудке, рвота, головокружение, сужение зрачков, частый пульс; при тяжелых отравлениях — жидкий стул, частые позывы на мочеиспускание, возбуждение, судороги, потеря сознания.

Неотложная помощь: см. *Кислоты крепкие.*

СНОТВОРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ см. *Отравление снотворными средствами и психотропными препаратами.*

СОЛЯНАЯ КИСЛОТА см. *Кислоты крепкие.*

СПИРТ МЕТИЛОВЫЙ (древесный спирт, метанол) см. *Отравление метиловым спиртом.*

СПИРТ ЭТИЛОВЫЙ см. *Отравление этиловым спиртом.*

СПОРЫНЬЯ (маточные рожки). Смертельная доза 5 г.

Симптомы: рвота, боли в животе, жидкий стул, жажда, головокружение, расширенные зрачки, маточные кровотечения (при беременности нередко выкидыш); судороги, одышка, слабый пульс.

Неотложная помощь: промывание желудка, солевое слабительное; в/м аминазин (2 мл 2,5 % раствора), димедрол (2 мл 1 % раствора), в/в барбамил (5 мл 10 % раствора). Вдыхание амилнитрита. Водная нагрузка. Сердечно-сосудистые средства.

СТРИХНИН — алкалоид растения чилибухи. Смертельная доза 0,2 г.

Симптомы: возбуждение, головная боль, одышка. Повышение тонуса затылочных мышц, тянущие боли в жевательных мышцах, судороги, вплоть до опистотонуса, спазм дыхательной мускулатуры, асфиксия.

Неотложная помощь: промывание желудка, солевое слабительное, в/в барбамил (5 мл 10 % раствора), под кожу морфин (1 мл 1 % раствора), димедрол (2 мл 1 % раствора). Водная нагрузка. Хлоралгидрат в микроклизме повторно.

СУЛЕМА. Смертельная доза при приеме внутрь 0,5 г.

Симптомы: резкие боли по ходу пищевода, в желудке, рвота, жидкий стул с кровью, металлический вкус во рту, слюнотечение. Медно-красная окраска слизистой оболочки рта, позже — темная кайма сернистой ртути на деснах и губах.

Явления почечной недостаточности — анурия. Холодный пот, обморок, судороги, стоматит, колит.

Неотложная помощь: промывание желудка с добавлением 5 % раствора унитиола по 20—40 мл на 1 л воды; в/м повторно унитиол (10 мл 5 % раствора), в/в тетацин-кальций (10 мл 10 % раствора) с глюкозой (300 мл 5 % раствора). В/в капельно тиосульфат натрия (100 мл 30 % раствора). Антибиотики, витаминотерапия. Срочная госпитализация!

СУЛЬФАНИЛАМИДЫ (сульгин, фталазол, норсульфазол, этазол, сульфадимезин).

Симптомы: при легких отравлениях тошнота, рвота, головокружение, слабость. При тяжелых отравлениях с образованием в крови сульфгемоглобина и метгемоглобина развиваются резкий цианоз слизистых оболочек, возбуждение, бред, сопорозное состояние. Возможны гемолиз крови с желтухой, почечная недостаточность.

Неотложная помощь: промывание желудка через зонд, солевое слабительное, водная нагрузка; в/в метиленовый синий (2 мл/кг 1 % раствора) с 5 % раствором глюкозы; в/в тиосульфат натрия (100 мл 30 % раствора). Оксигенотерапия.

СУРРОГАТЫ АЛКОГОЛЯ см. *Отравление этиловым спиртом.*

ТЕТРАЭТИЛСВИНЕЦ (этилгазолин, этиловая жидкость, свинцовый бензин).

Симптомы: головная боль, слабость, головокружение, возбуждение, галлюцинации, расстройство сознания, замедление пульса, падение АД.

Неотложная помощь: промывание желудка с унитиолом (20 мл 5 % раствора на 1 л воды); в/м 10 мл 5 % раствора унитиола каждые 4 ч; при возбуждении — в/в тиопентал-натрий (5 мл 2,5 % раствора) или барбамил (10 мл 10 % раствора). При загрязнении кожи — обработка водой с любыми моющими средствами или с мылом.

ТЕТУРАМ см *Антабус.*

ТИОФОС см. *Отравление фосфорорганическими соединениями (ФОС).*

ТОРМОЗНАЯ ЖИДКОСТЬ см. *Отравление этиленгликолем и смесями гликоля.*

ТРИОКСАЗИН см. *Отравление снотворными средствами и психотропными препаратами.*

УГАРНЫЙ ГАЗ — концентрация окиси углерода (CO) в воздухе, превышающая 0,08 %, является смертельной. См. *Отравление окисью углерода.*

УКУСЫ ЗМЕЙ (гадюки, гюрзы, эфы, кобры).

Симптомы: сильная боль и большой отек в месте укуса, подкожные кровоизлияния, сонливость, обморок, возбуждение, судороги. Коллапс и остановка дыхания.

Неотложная помощь: наложение жгута на конечность выше места укуса. Крестообразный разрез места укуса, с последующим отсасыванием яда (кровососной банкой) и промывание раны 1 % раствором перманганата калия; обкалывание места укуса 0,25 % или 0,5 % раствором новокаина с адреналином (0,3 мл 0,1 % раствора). В/м димедрол (2 мл 1 % раствора), в/в хлорид кальция (10 мл 10 % раствора), глюкоза (40 мл 40 % раствора). Промедол (1 мл 2 % раствора), аминазин (1 мл 2,5 % раствора) в/м; при укусе гадюки, гюрзы и эфы — введение специфической противозмеиной сыворотки. Гидрокортизон 250 мг *в/м.*

Сердечно-сосудистые средства. Антибиотики. При укусе кобры — прозерин (1 мл 0,05 % раствора) под кожу.

УКУСЫ НАСЕКОМЫХ (пчел, ос, шмелей, шершней).

Симптомы: в месте укуса боль, жжение, гиперемия, отек; при множественных укусах симптомы отравления — слабость, головокружение, головная боль, озноб, тошнота, рвота, повышение температуры тела; возможны крапивница, сердцебиение, боли в пояснице, судороги, потеря сознания.

Неотложная помощь: удаление жала, обкалывание места укуса 0,5 % раствором новокаина; в/м димедрол (1 мл 1 % раствора), пипольфен (2 мл 2,5 % раствора); внутрь амидопирин 0,25 г, анальгин 0,5 г; при тяжелых отравлениях хлорид кальция в/в, сердечно-сосудистые средства, противошоковые мероприятия.

ФЕНОБАРБИТАЛ см. *Отравление снотворными средствами и психотропными препаратами.*

ФЕНОЛЫ (карболовая кислота, лизол, гваякол). Смертельная доза карболовой кислоты 10 г.

Симптомы: боли за грудиной и в животе, рвота с примесью крови, жидкий стул; головокружение, головная боль, оглушенность, слабость, цианоз, нарастающая одышка. При тяжелых отравлениях развиваются судороги, коматозное состояние, сужение зрачков, повышенная саливация, асфиксия. Преобладают явления наркотического поражения центральной нервной системы. Позднее развивается острая почечная недостаточность.

Неотложная помощь: восстановление нарушенного дыхания — туалет полости рта, в максимально доступном объеме восстановить проходимость воздухоносных путей; для этого необходимо придать больному соответствующее положение, запрокинуть голову, начать нагнетание воздуха в легкие. Применять приемы дыхательной реанимации. Промывание желудка через зонд с добавлением 2 столовых ложек активированного угля, солевое слабительное. В/м унитиол (10 мл 5 % раствора); в/в капельно тиосульфат натрия (100 мл 30 % раствора) с глюкозой (300 мл 5 % раствора).

При шоке — соответствующая терапия, витамины, сердечно-сосудистые средства, антибиотики. При попадании кислоты на кожу — снять одежду, кожу обработать оливковым маслом.

ФОРМАЛЬДЕГИД см. *Отравление метиловым спиртом.*

ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИЕ ИНСЕКТИЦИДЫ (тиофос, хлорофос, карбофос и др.). Смертельная доза тиофоса при поступлении внутрь 2 г. см. *Отравление фосфорорганическими соединениями (ФОС).*

ФТОР (фторид натрия). Смертельная доза фторида натрия 10 г.

Симптомы: при отравлении фторсодержащими солями возникают боли в животе, слезотечение, саливация, резкая слабость, рвота, жидкий стул. Судороги, сужение зрачков, частый пульс, падение АД.

Неотложная помощь: промывание желудка водой с добавлением 1 % раствора хлорида кальция, солевое слабительное. Под кожу атропин (1 мл 0,1 % раствора), димедрол (2 мл 1 % раствора), сердечно-сосудистые средства; в/в хлорид кальция (10 мл 10 % раствора).

Борьба с обезвоживанием организма — в/в капельно изотонический раствор натрия хлорида, раствор глюкозы до 3000 мл/сут. Витаминотерапия.

ХИНИН (акрихин, плазмоцид). Смертельная доза хинина 10 г, акрихина — 5 г.

Симптомы: для легкого отравления характерны головная боль, головокружение, шум в ушах, боль в желудке, понос. Понижение слуха, расстройство зрения. Замедление пульса, падение АД. Иногда кожные сыпи, цианоз, геморрагический диатез, маточные кровотечения, у беременных может быть выкидыш. Возможно развитие глубокого коматозного состояния, расширение зрачков, нарушение дыхания.

Неотложная помощь: внутрь 2 столовые ложки активированного угля, затем промывание желудка раствором перманганата калия (1:1000), солевое слабительное (30 г). Водная нагрузка. При идиосинкразии в/в 5 мл 40 % раствора гексаметилентетрамина (уротропин), под кожу димедрол (2 мл 1 % раствора). При акрихиновом опьянении — аминазин (2 мл 2,5 % раствора) и димедрол (2 мл 1 % раствора) в/м, барбитураты, хлоралгидрат в клизме. Сердечно-сосудистые средства. Для профилактики печеночно-почечной недостаточности — глюкоза (100 мл 40 % раствора) в/в с инсулином (10 ЕД), аскорбиновая кислота.

ХЛОР. Симптомы: резь в глазах, слезотечение, мучительный приступообразный кашель, боли в груди, головная боль, диспепсические расстройства. В легких рассеянные сухие и влажные хрипы, явления острой эмфиземы легких и токсического отека легких. Вдыхание концентрированных паров хлора может привести к быстрой смерти в результате химического ожога и рефлекторного поражения дыхательного центра.

Неотложная помощь: вынести больного из пораженной амосферы. Кислород. Под кожу морфин (1 мл 1 % раствора), атропин (1 мл 0,1 % раствора), эфедрин (1 мл 5 % раствора). В/в хлорид кальция (15 мл 10 % раствора), эуфиллин (10 мл 2,4 % раствора). Ингаляция аэрозолей содового раствора, антибиотиков, эфедрина. Сердечно-сосудистые средства. Лечение конъюнктивита — промывание глаз водопроводной водой в течение 10 мин, введение стерильного вазелинового масла

ХЛОРОРГАНИЧЕСКИЕ СОЕДИНЕНИЯ (ДДТ, детойль, гексахлоран). Смертельная доза ДДТ 10—15 г.

Симптомы: диспепсические расстройства, боли в животе, судороги икроножных мышц, двигательные расстройства; мышечная слабость, коматозное состояние, острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Неотложная помощь: промывание желудка через зонд, солевое слабительное; в/в

хлорид кальция (10 мл 10 % раствора), глюконат кальция (10 мл 10 % раствора). Под кожу никотиновая кислота (3 мл 1 % раствора). В/м витамины B_1, B_{12}. При судорогах барбамил (5 мл 10 % раствора) в/м. Сердечно-сосудистые средства. Водная нагрузка.

ЦИАНИДЫ см. *Синильная кислота.*

ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫЙ УГЛЕРОД см. *Отравление хлорированными углеводородами.*

ЩЕЛОЧИ ЕДКИЕ (едкое кали, едкий натр, аммиак, нашатырный спирт). Смертельная доза 30—50 мл.

Симптомы: глубокие некрозы слизистой оболочки полости рта, пищевода, желудка. В остром периоде развиваются болевой шок, повторные массивные пищеводно-желудочные кровотечения. Ожог и отек гортани, тяжелая ожоговая болезнь. Смерть в первые часы и сутки наступает от болевого и ожогового шока.

Неотложная помощь: см. *Кислоты крепкие.*

ЭТИЛЕНГЛИКОЛЬ И СМЕСИ ГЛИКОЛЯ см. с. 380.

ЭТИЛЕНА ХЛОРИД см. *Отравление хлорированными углеводородами.*

ЭРГОТИН см. *Спорынья.*

Глава 17

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПЛАНИРОВАНИЕ РАБОТЫ ФЕЛЬДШЕРА НА УЧАСТКЕ

Организация работы фельдшера на селе имеет свои особенности и сложности в связи с новыми агротехническими достижениями в сельском хозяйстве, с внедрением индустриальных методов в практику колхозов, совхозов и других сельскохозяйственных предприятий, с широким применением минеральных удобрений, гербицидов, ядохимикатов и др. На селе с каждым годом увеличивается число механизаторов, предприятий общественного питания, культурно-бытовых учреждений, школ, детских садов. Кроме того, организационная работа фельдшера на участке зависит от медико-географических особенностей района обслуживания, вида работ и возделывания сельскохозяйственных культур.

В соответствии с Конституцией СССР Коммунистическая партия и Советское правительство уделяет постоянное внимание охране здоровья народа. В основных направлениях экономического и социального развития страны на XI пятилетку и на период до 1990 г. ставится задача: «Проявлять постоянную заботу о развитии системы здравоохранения. Поднять уровень и качество медицинского обслуживания населения» [1].

Советское государство обеспечивает надлежащую организацию медицинского обслуживания в колхозах, совхозах и на других сельскохозяйственных предприятиях.

Как известно, медицинским работникам сельской местности предоставляются бесплатно жилая площадь, отопление, освещение. На них распространяются некоторые дополнительные льготы, например на получение кредитов для хозяйственного обзаведения и строительства домов. С каждым годом для них создаются благоприятные условия для работы.

В текущей пятилетке значительно укрепилась и расширилась сеть медицинских учреждений на селе. Это наглядно проявляется в деятельности фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих сельское население, свыше 89 000 которых функционировало в конце X пятилетки.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Организация и планирование работы фельдшера на селе осуществляется, исходя из основного принципа советского здравоохранения — участкового обслуживания населения. При назначении на должность заведующего фельдшерско-акушерским пунктом фельдшер должен изучить медико-географические особенности своего участка, расположенного на территории сельсовета, совхоза, леспромхоза, сельскохозяйственного предприятия, радиус обслуживания фельдшерского пункта, санитарно-эпидемиологическое состояние участка. Для успешного решения организационных вопросов и планирования по оказанию первой доврачебной помощи, профилактических мероприятий следует изучить контингент населения (пол, возраст и т. д.); выделяют группу населения, занятого в народном хозяйстве (колхозники, рабочие, служащие), пожилого и старческого возраста, пенсионеров и других лиц, находящихся на обеспечении государства. Особому изучению и учету подлежит численный состав детского населения, проживающего в районе обслуживания, в возрасте от 0 до 15 лет. Важно знать число детей первого года жизни, до 3 лет, с 4 до 7 и с 8 до 15 лет; число организованных детей, т. е. посещающих постоянные или сезонные ясли, детские сады, школу.

Для охраны и укрепления состояния здоровья населения участка фельдшер обязан систематически изучать здоровье населения своего участка, членов каждой семьи, осуществлять лечебно-профилактическую работу, проводить санитарно-эпидемиологические мероприятия, санитарное просвещение населения. Для обеспечения своевременной врачебной помощью, особенно при острых хирургических заболеваниях, фельдшер должен знать о наличии сети медицинских учреждений, их профилизации, центральной районной больницы, следить за бесперебойной работой средств

[1] Основные направления экономического и социального развития СССР на 1981—1985 годы и на период до 1990 года.— В кн.: Материалы XXVI съезда КПСС.— М.: Изд-во политической литературы, 1981, с. 182.

связи с медицинскими учреждениями и обеспеченностью санитарным транспортом.

При составлении плана профилактических мероприятий фельдшер (по данным годового отчета) проводит анализ заболеваемости, сельскохозяйственного травматизма на участке, результатов диспансерного наблюдения населения; изучает организацию лечебно-профилактической помощи в период полевых работ.

ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИЙ ПУНКТ

Положение о фельдшерско-акушерском пункте утверждено приказом министерства здравоохранения СССР № 1000 от 23.09.81 г. Фельдшерско-акушерский пункт находится в ведении сельского Совета народных депутатов, является амбулаторно-поликлиническим учреждением в сельской местности.

Руководство медико-санитарной деятельностью фельдшерско-акушерского пункта осуществляется органами здравоохранения. Фельдшерско-акушерский пункт проводит лечебно-профилактическую, санитарно-эпидемиологическую работу и санитарно-гигиеническое просвещение населения; имеет свою смету, круглую печать и штамп с указанием своего наименования; составляет планы, отчет с объяснительной запиской анализа заболеваемости, ведет учетно-отчетную документацию; устанавливает штатное расписание в соответствии со штатными нормативами. Медицинские работники фельдшерско-акушерского пункта систематически повышают свою квалификацию, общеобразовательный и культурный уровень.

На должность заведующего фельдшерско-акушерским пунктом назначается фельдшер (фельдшер-акушерка) с законченным средним медицинским образованием. Назначение и освобождение от занимаемой должности заведующего фельдшерско-акушерским пунктом производится сельским Советом народных депутатов по согласованию с соответствующими органами зравоохранения. При фельдшерско-акушерском пункте, находящемся в селе (где нет аптеки), организуется аптечный пункт (или киоск) по продаже населению готовых лекарственных средств и предметов ухода за больными.

Должностные обязанности заведующего фельдшерско-акушерским пунктом (фельдшера). Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом (фельдшер) возглавляет работу по организации и планированию лечебно-профилактической помощи на участке; несет ответственность за оказание своевременной медицинской (доврачебной) помощи при различных острых заболеваниях и несчастных случаях. Фельдшер обязан: знать особенности организации неотложной помощи при массовых несчастных случаях, отравлениях химическими веществами и лекарственными средствами: знать основы доврачебной реанимации: закрытый массаж сердца и искусственная вентиляция легких; осуществлять амбулаторный прием и обслуживание больных на дому; своевременно направлять больных на консультацию в ближайшее лечебно-профилактиическое учреждение (центральную районную больницу); в необходимых случаях сопровождать больного лично.

Фельдшер организует прием больных участковым врачом; ко дню приема фельдшер готовит больных и первичную документацию; принимает участие в диспансеризации населения; вместе с главным врачом центральной районной больницы, сельским Советом народных депутатов, общественными организациями планирует и внедряет поэтапный переход к массовой диспансеризации сельского населения специалистами на базе фельдшерско-акушерского пункта.

Фельдшер осуществляет медицинский контроль за развитием и здоровьем детей в яслях, детских садах, детских домах, школах, расположенных на территории деятельности фельдшерско-акушерского пункта и не имеющих в своих штатах соответствующих средних медицинских работников; по утвержденному плану проводит санитарно-противоэпидемическую и санитарно-просветительную работу.

Основные обязанности акушерки фельдшерско-акушерского пункта. Акушерка пункта несет ответственность за обеспечение и уровень оказания медицинской помощи беременным и гинекологическим больным, а также за санитарно-просветительную работу по охране материнства и детства. Акушерка осуществляет следующие функции: выявляет среди населения своего участка всех беременных в возможно ранние сроки; ведет наблюдение за состоянием здоровья беременных и проводит соответствующие лечебно-профилактические мероприятия, определяет срок беременности, наблюдает за течением беременности; при подозрении на патологию беременности направляет женщину на консультацию или лечение в соответствующий диспансер лечебно-профилактического учреждения; оказывает акушерскую помощь в стационаре фельдшерско-акушерского пункта или направляет на роды в центральную районную больницу. Акушерка выполняет все врачебные назначения, подготавливает беременных к приему врача-гинеколога на фельдшерско-акушерском пункте; ведет наблюдение за состоянием здоровья родильниц на дому, после выписки их из больницы; ведет наблюдение за состоянием здоровья и развитием детей первого года жизни. Прогрессивным методом является плановая консультативная и организационно-методическая помощь врачей центральной районной больницы — все вызовы на дом к детям до года должны обслуживать врачи, закрепленные за фельдшерско-акушерским пунктом. Акушерка фельдшерско-акушерского пункта выявляет гинекологических больных, направляет их к врачу и проводит им лечение по назначению врача-гинеколога; осуществляет плановые профилактические осмотры женщин, оказывает первую неотложную медицинскую

помощь при кровотечениях и других заболеваниях с последующей госпитализацией больной женщины в соответствующее ближайшее лечебно-профилактическое учреждение.

В обязанности акушерки входят санитарно-просветительная работа среди населения по вопросам охраны здоровья матери и ребенка, борьбы с абортами, организация школы молодых матерей. Акушерка имеет право выдавать листок нетрудоспособности для получения отпуска до родов и после родов в соответствии с законодательством.

Акушерка непосредственно подчиняется заведующему фельдшерско-акушерским пунктом. Акушерка ведет установленную для фельдшерско-акушерского пункта медицинскую документацию по оказанию акушерско-гинекологической помощи; составляет план лечебно-профилактической работы, расписание приема беременных женщин, гинекологических больных, график плановых консультаций врача-гинеколога, закрепленного за фельдшерско-акушерским пунктом; составляет отчет по своему разделу работы.

Фельдшер, заведующий пунктом, вправе привлекать акушерку пункта к выполнению любых лечебно-профилактических мероприятий, возложенных на фельдшерско-акушерский пункт.

Штаты фельдшерско-акушерских пунктов (табл. 12). Штатные нормативы утверждены приказом Министерства здравоохранения СССР № 900 от 26.09.78 г. и применяются при расчете штатов фельдшерско-акушерских пунктов, расположенных свыше 2 км от других лечебно-профилактических учреждений (в том числе фельдшерско-акушерских пунктов).

Как исключение фельдшерско-акушерские пункты могут быть созданы в населенных пунктах, расположенных на расстоянии до 2 км от других лечебно-профилактических учреждений при наличии водных и других преград. Разрешение на это в каждом отдельном случае дает министерство здравоохранения республики или областной (краевой) орган здравоохранения.

Штатные нормативы, предусмотренные для фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 700 до 900 жителей, могут применяться при расчете следующих штатов: 1) фельдшерско-акушерского пункта, организуемого в населенном пункте с числом жителей от 300 до 700 человек, если населенный пункт удален от ближайшего лечебно-профилактического учреждения (в том числе другого фельдшерско-акушерского пункта) на расстоянии свыше 4 км; 2) фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего менее 300 жителей, если населенный пункт удален от других лечебно-профилактических учреждений на расстоянии свыше 6 км.

Наименование должности заведующего и других должностей средних медицинских работников (акушерка, патронажная медицинская сестра) определяется органом, утверждающим штатное расписание фельдшерско-акушерского пункта. В зависимости от медико-географических особенностей и экономико-географических условий местные органы здравоохранения могут предусмотреть возможность введения в штаты фельдшерско-акушерского пункта дополнительной должности (второй) акушерки и патронажной сестры.

Фельдшерско-акушерский пункт создает санитарный актив и организует его обучение; из состава санитарного актива организуются санитарные посты во всех бригадах колхозов, совхозов, на сельскохозяйственных предприятиях, особенно в период проведения полевых работ.

Фельдшерско-акушерский пункт имеет несколько коек для госпитализации рожениц, а также для временной изоляции больных; отдельное помещение для амбулаторного приема больных. Медицинская помощь больным оказывается в пределах компетенции и прав фельдшера и акушерки. Фельдшерско-акушерский пункт оказывает больным первую доврачебную помощь на амбулаторном приеме и на дому, организует своевременную консультацию больных у врача, госпитализацию больных.

Для оказания неотложной помощи, доврачебной реанимации на фельдшерско-акушер-

Таблица 12

Штатные нормативы медицинского персонала фельдшерско-акушерских пунктов

Наименование должностей	Число должностей при обслуживании				
	700—900 жителей	900—1300 жителей	1300—1800 жителей	1800—2400 жителей	2400—3000 жителей
Заведующий (фельдшер, акушерка, медицинская сестра)	1	1	1	1	1
Средний медицинский работник (акушерка, патронажная медицинская сестра)	—	$^1/_2$	1	1 $^1/_2$	2
Медицинская сестра по физиотерапии	Из расчета 1 должности на 15 000 условных физиотерапевтических единиц в год, отпускаемых в медицинских профилакториях (специально оборудованные и оснащенные помещения, предоставляемые колхозами и совхозами, имеющими не менее 200 доярок, животноводов и механизаторов сельского хозяйства).				
Санитарка	0,5	1	1	1	1

ском пункте по утвержденному табелю должны быть необходимый набор инструментов, перевязочный материал и медикаменты. Фельдшерско-акушерские пункты осуществляют лечебно-профилактическую, санитарно-противоэпидемическую, организационную деятельность по единому комплексному плану сельской участковой больницы или центральной районной больницы, под ее руководством и систематическим контролем. Часы приема больных должны назначаться в наиболее удобное для населения время с учетом сезонности сельскохозяйственных работ. Население заранее оповещают о днях приезда и приема участкового врача на фельдшерско-акушерском пункте. Это дает возможность жителям отдаленных населенных пунктов лечиться у врача, не выезжая в участковую или центральную районную больницу. Важно, чтобы прием врача проводился с участием фельдшера, который после консультации врача будет проводить лечение и выполнять его назначения. Это способствует и повышению квалификации фельдшера.

За последние годы получила развитие новая медицинская дисциплина реаниматология — самостоятельная наука о механизме развития и методах лечения терминальных состояний. Основные мероприятия при реаниматологии — восстановление сердечной деятельности и дыхания и интенсивная терапия жизнеопасных расстройств. Ставится задача, чтобы каждый фельдшер овладел доврачебной реанимацией. Это позволит фельдшеру оказывать скорую медицинскую помощь на высоком уровне при неотложных состояниях, ликвидировать опасные осложнения заболеваний (шок, кровотечения, острые нарушения сердечно-сосудистой системы, дыхания и др.). В отдельных случаях, по жизненным показаниям, фельдшер на этапах эвакуации выполняет врачебные манипуляции: внутривенное вливание глюкозы, изотонического раствора натрия хлорида, кровезаменителей и др. В настоящее время распространен термин «элементарная сердечно-легочная реанимация». Слово «элементарная» подчеркивает доступность методов немедленного восстановления сердечной деятельности и дыхания, в том числе для лиц, не имеющих медицинского образования. Основными в доврачебной реанимации являются закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких и другие мероприятия. В комнате для оказания неотложной помощи находятся кровать со щитом или плоская жесткая кушетка, носилки, средства иммобилизации, шкаф для хранения медикаментов, стол, стерилизатор, шприцы (2, 5, 10, 20 МЛ), жгуты резиновые, тонометр, термометр, зонд разных размеров и воронка (для промывания желудка), стетоскоп, мензурки, ведро, тазик, набор резиновых катетеров, перевязочный материал. На фельдшерско-акушерских пунктах (особенно в отдаленных районах) необходимо иметь дыхательную, в том числе и кислородную, аппаратуру, интубационный набор (роторасширитель, языкодержатель, воздуховод, переносный отсасыватель с автономным электропитанием, ларингоскоп с набором клинков, интубационные трубки), баллон с кислородом. Из лекарственных средств необходимо иметь анальгетики, спазмолитики и успокаивающие средства (таблетки, настойки, ампулированные медикаменты), антидотные препараты.

Медицинское обслуживание сельского населения строится по участковому принципу. Первичным врачебным звеном оказания медицинской помощи является сельский врачебный участок. В состав сельского врачебного участка входят фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты и колхозные родильные дома. Все медицинские учреждения на селе работают по единому комплексному плану под руководством главного врача сельской участковой больницы или центральной районной больницы.

Санитарная характеристика фельдшерского участка. В комплексный план должны входить санитарная характеристика района, лечебно-профилактические и санитарно-противоэпидемические мероприятия. План должен быть конкретным, отражать намечаемые мероприятия, срок выполнения с указанием ответственного исполнителя (см. пример).

КОМПЛЕКСНЫЙ ПЛАН ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА

Санитарная характеристика фельдшерского участка: фельдшерский пункт расположен в селе Ивановское — на территории центральной усадьбы колхоза им. 1 Мая. Санитарно-демографические показатели: население участка — 1200 человек, в том числе проживающих в селе Ивановское — 928 человек, деревне Шубино — 133 человека, деревне Березовка — 139 человек.

Занятость населения (работа в колхозе или совхозе) — 320 человек, в том числе трактористов, шоферов, механизаторов, животноводов, доярок, других работников.

Детей возрастных групп, в том числе до 1 года, 1—2 лет, 3—6 лет, 7—15 лет.

Пенсионеров, инвалидов, в том числе ветеранов труда, ветеранов Великой Отечественной войны.

По отчетам прошлых лет, кроме санитарного состояния участка, приводятся такие показатели, как общая заболеваемость, особенности заболеваемости с временной утратой трудоспособности, уровень и причины сельскохозяйственного травматизма, итоги проведения всех санитарно-эпидемиологических и лечебно-профилактических мероприятий.

В санитарной характеристике участка должны быть указаны объекты обслуживания и санитарные условия каждого из них: свиноводческая ферма, птицеферма, молочнотоварная ферма, гараж, ремонтная мастерская, полеводческие бригады и т. д. Необходимо, чтобы фельдшер, знал не только объекты обслуживания, но и занятость сельскохозяйственных рабочих, колхозников на каждом объекте. Знание санитарного состояния объектов дает во-

зможность определить, какие из них в данный момент могут отрицательно влиять на состояние здоровья населения, и составить план профилактических мероприятий.

В санитарной характеристике указывается количество детских садов, яслей (их сезонность и на сколько детей), школ. Дается санитарная характеристика продовольственного магазина, столовой, питания в полевых условиях, водоисточников и т. д.

Фельдшерско-акушерский пункт осуществляет текущий санитарный надзор за территорией населенных мест, для чего в санитарной характеристике указываются жилые дома, их благоустройство, дается санитарное описание колодцев или централизованного водоснабжения, выгребных ям, очистительных сооружений и других коммунальных объектов. Проверяется выполнение плана истекшего года. В случае невыполнения санитарных правил фельдшер сигнализирует об этом в районную санитарно-эпидемиологическую станцию. На санитарном состоянии отрицательно сказывается отсутствие общественной бани, водопровода, общественных ведер (бадьи) в шахтных колодцах.

В санитарной характеристике участка указываются радиус обслуживания населения, расстояния до участковой больницы, центральной районной больницы, межрайонной специализированной больницы, пути следования и средства связи, что доводится до сведения всего населения участка. В характеристике участка указываются наличие и место нахождения аптечного пункта для продажи населения готовых лекарственных средств и предметов ухода за больными.

Лечебно-профилактическая работа фельдшерского пункта планируется на основе отчета за прошлые годы. Принимается во внимание: 1) показатель заболеваемости; 2) показатель сельскохозяйственного травматизма; 3) анализ временной нетрудоспособности; 4) диспансеризация; 5) родовспоможение; 6) обслуживание детского населения; 7) анализ рождаемости, общей смертности, смертности детей до 1 года; 8) медицинское обслуживание во время полевых работ; 9) состояние медицинского обеспечения яслей, детских садов, школ.

Медицинская помощь больным оказывается в пределах компетенции и прав фельдшера и акушерки. Первая доврачебная помощь оказывается в амбулаторных условиях, в поле и на дому. Кроме того, фельдшер организует прием участкового врача и других специалистов на фельдшерско-акушерском пункте по графику, утвержденному главным врачом. Врач ведет прием больных вместе с фельдшером. Личное участие фельдшера в консультации больных способствует своевременному лечению больных, их трудоустройству и повышению квалификации фельдшера. Одним из важнейших видов профилактической работы является диспансеризация населения. Фельдшер принимает активное участие в диспансеризации населения своего участка, составляет карты на больных, подлежащих диспансерному наблюдению. Фельдшер под руководством врача периодически организует медицинские осмотры рабочих и колхозников с неблагоприятными условиями труда. Диспансерному наблюдению подлежат больные туберкулезом, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, диабетом, глаукомой, тромбофлебитом, облитерирующим эндартериитом и т. д. На диспансерном учете и наблюдении находятся инвалиды и ветераны Великой Отечественной войны. Для правильной организации работы фельдшерско-акушерского пункта составляется план лечебно-профилактических мероприятий на текущий год (табл. 13).

В плане конкретно указываются намечаемые мероприятия, срок выполнения, ответственный исполнитель. Заранее разработанный план утверждается главным врачом. Все намеченные мероприятия выполняются в установленные сроки.

Организация медицинской помощи во время полевых работ. До начала полевых работ проводится комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Больные, выявленные при диспансеризации до начала полевых работ, направляются на стационарное лечение в участковую или центральную районную больницу. Часть диспансерных больных проходят лечение в колхозном профилактории, в санаториях; часть колхозников обеспечивается путевками в дома отдыха. Медицинские работники совместно с организаторами колхозов, совхозов прилагают максимум усилий, чтобы в ответственный период полевых работ все члены колхоза и сельскохозяйственные рабочие были здоровы и трудоспособны. До начала полевых работ проводится инструктаж по профилактике сельскохозяйственного травматизма, отравлений ядохимикатами. Все члены хозяйства и санитарный актив обучаются правилам оказания само- и взаимопомощи.

Важным звеном деятельности фельдшерско-акушерского участка является организация медицинской помощи во время полевых работ. Для оказания первой помощи на полевых станах в отдельных бригадах организуются санитарные посты. Фельдшер поочередно посещает полеводческие бригады, бригады механизаторов, животноводов и др., оказывает нуждающимся медицинскую помощь, следит за санитарным состоянием бытовых помещений, столовой, качеством приготовления пищи в полевых условиях, водоснабжения и т. д. Все более широкое развитие находят передвижные амбулатории, способные в течение дня побывать на нескольких полевых станах и оказать медицинскую помощь на месте. Фельдшер получает под отчет медикаменты и продает их работникам сельскохозяйственного производства. Часы приема на фельдшерско-акушерском пункте устанавливаются согласно местным условиям; чаще прием переносится на раннее утро до выхода на работу в поле или на время после окончания работы.

Санитарно-эпидемиологическая работа фельдшера на участке. Санитарно-эпидемиологическая работа проводится систематически, осуществляются санитарно-гигиениче-

Таблица 13

План лечебно-профилактических мероприятий фельдшерско-акушерского пункта на ... год

Мероприятие	Срок выполнения	Ответственный
Амбулаторный прием	Ежедневно 9—10 ч	Фельдшер Иванов
Помощь на дому	10—12 ч	
Прием участкового врача	Четверг 9—12 ч	Врач ... Фельдшер ...
Диспансеризация населения	Последний четверг каждого месяца 12—15 ч	Врач ... Фельдшер ...
Амбулаторный прием женщин	С ... до ... ч (кроме понедельника)	Акушерка ...
Прием врача-гинеколога	Четверг с ... до ... ч	Врач-гинеколог ... Акушерка ...
Выявление беременных женщин (посещение колхозных семей)	Понедельник 9—13 ч	Акушерка ...
Патронаж детей в возрасте до 1 года	10—12 ч (кроме понедельника)	Акушерка ...
Обход детей на дому, находящихся на искусственном вскармливании	12—15 ч (кроме понедельника)	Акушерка ...

Медицинское обслуживание во время полевых работ (составляется отдельный график с учетом местных условий и объема выполняемых сельскохозяйственных работ).

ские, оздоровительные и другие профилактические мероприятия. Фельдшер постоянно контролирует санитарное состояние населенных мест, жилых и общественных зданий, сельскохозяйственных объектов и предприятий на своем участке. Особое внимание уделяет санитарному состоянию пищевых объектов — магазинов, ларьков, столовых; контролирует санитарное состояние яслей, детских садов, школ, полевых станов; обеспечивает санитарный контроль за источниками водоснабжения, местами забора питьевой воды в реке, колодцами; проводит профилактические прививки, в зависимости от особенностей краевой патологии противоглистные, противомалярийные мероприятия и лечение больных.

Фельдшер привлекает население своего участка к проведению санитарно-оздоровительных мероприятий: по санитарному благоустройству, озеленению территории предприятий, детских учреждений, школ, созданию площадок для отдыха, физической культуры и отдыха.

В период сельскохозяйственных работ фельдшер посещает полевые станы, полевые бригады, контролирует снабжение колхозников и рабочих совхозов кипяченой водой, горячей пищей; проверяет работу душевых установок, чистоту и порядок в комнатах отдыха; своевременно выявляет больных с кишечными инфекциями и госпитализирует их. Фельдшера, медицинские сестры сами и с помощью общественного санитарного актива выявляют случаи нарушения санитарного порядка и принимают меры к устранению обнаруженных недостатков; при необходимости для проведения мероприятий санитарного и противоэпидемического характера привлекаются руководство, общественные организации колхозов и совхозов; вся работа должна быть направлена на создание благоприятных условий труда для людей, занятых в поле, в сельском хозяйстве.

Профилактика инфекционных заболеваний является одним из основных разделов деятельности фельдшерско-акушерского пункта. Огромное значение в деле профилактики вспышек инфекционных заболеваний и ликвидации очагов инфекции имеет раннее выявление первых случаев инфекционных заболеваний. При выявлении больного фельдшер принимает срочные меры к его госпитализации, ведет наблюдение за лицами, находящимися в контакте с больным. Одновременно о данном случае инфекционного заболевания фельдшер ставит в известность главного врача и санитарно-эпидемиологическую станцию (по телефону), высылая карточку экстренного извещения об инфекционном больном. На месте проводится эпидемиологическое обследование с целью выявления источника инфекции, лиц, бывших в контакте с инфекционным больным. Не дожидаясь участкового врача или эпидемиолога, проводится дезинфекция согласно существующим инструкциям.

Фельдшер, медицинская сестра фельдшерско-акушерского пункта поддерживают постоянную связь с санитарным врачом; они должны быть знакомы с комплексным планом работы санитарно-эпидемиологической станции. Фельдшер (акушерка), медицинская

сестра проводят под непосредственным руководством санитарно-эпидемиологической станции мероприятия комплексного плана по всем видам санитарного надзора и противоэпидемической работы. При выявлении санитарного неблагополучия фельдшер составляет акт о санитарном нарушении и направляет его главному врачу.

Фельдшерско-акушерский пункт работает в тесном контакте с санитарно-эпидемиологической станцией, участковым врачом. Для помощи фельдшерско-акушерским пунктом могут привлекаться санитарные фельдшера—помощники врача по коммунальной санитарии, пищевой санитарии, промышленной санитарии, школьной гигиене, а также помощники эпидемиолога.

Годовой отчет о работе фельдшерско-акушерского пункта. Отчет фельдшерско-акушерского пункта открывается объяснительной запиской, в которой указываются паспортные данные пункта и участка: наименование фельдшерско-акушерского пункта, населенный пункт, где он размещается, и почтовый адрес. Приводятся санитарная характеристика участка и основные санитарно-демографические показатели. В санитарной характеристике указываются радиус обслуживания населения, расстояние до больницы, пути следования, средства связи и транспорта. Давая общую характеристику медпункту, освещают данные размещения медпункта, колхозного родильного дома: типовое здание или приспособленное, количество комнат, их использование; отопление, освещение, канализация; аптечный пункт, его расположение, обеспеченность аптечными товарами для продажи населению; оснащенность медпункта; штаты фельдшерско-акушерского пункта и характеристика медицинских работников, стаж работы, их профессиональная подготовка, специализация и повышение квалификации.

Лечебно-профилактическая работа: показатели заболеваемости в абсолютных цифрах в сравнении с показателями прошлого года в целом по всем болезням и отдельным нозологическим формам (ангина, грипп, воспаление легких и т. д.); состояние травматизма; медицинское обеспечение во время полевых работ. Характеристика акушерско-гинекологической помощи, причины родов на дому, случаи эклампсии; анализ рождаемости, смертность детей в возрасте до 1 года; случаи криминальных абортов.

Лечебно-профилактическое обслуживание детского населения; численный состав детского населения; число детей, находящихся на диспансерном наблюдении (по нозологическим формам); наблюдение за новорожденными и детьми, находящимися на искусственном вскармливании; прививки; число детей, страдающих рахитом и гипотрофией; заболеваемость детей (отдельно выделяется заболеваемость детей до года); детская смертность; число школ, яслей, детских садов, количество детей в них.

Диспансеризация; анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

В отчете подробно описывается помощь, оказываемая врачами фельдшерско-акушерскому пункту по консультации и лечению больных, по диспансеризации населения, по массовым осмотрам женщин; число выявленных больных по нозологическим единицам и результаты оздоровительных мероприятий.

Санитарное просвещение. В задачи санитарного просвещения входят повышение уровня санитарной культуры населения, пропаганды среди населения гигиенических навыков, гигиены жилищ, личной гигиены. Фельдшерам необходимо проводить разъяснительную работу по предупреждению инфекционных заболеваний, сельскохозяйственного травматизма. Повышая общий уровень санитарной культуры населения можно добиться ранней обращаемости населения за медицинской помощью, снижения заболеваемости и смертности населения. Особое значение приобретает санитарно-просветительная работа по предупреждению сельскохозяйственного травматизма. При этом необходимо делать акцент на причины травматизма, соблюдение правил техники безопасности. В задачи санитарного просвещения входят также организация и подготовка санитарного актива в помощь фельдшерско-акушерскому пункту, обучение населения правилам оказания само- и взаимопомощи при несчастных случаях. Так же как и другие разделы массовой политико-воспитательной работы, санитарное просвещение должно содействовать борьбе с алкоголизмом, а также с предрассудками.

Санитарно-просветительная работа акушерки на селе должна быть посвящена как гигиене женщин, так и обучению их уходу и вскармливанию детей раннего возраста. Большое внимание акушерка должна уделить разъяснению вреда аборта и мерам предупреждения беременности. В беседах следует делать акцент на то, что каждая женщина должна обращаться к врачу или на фельдшерско-акушерский пункт в наиболее ранние сроки беременности.

Санитарное просвещение является служебной обязанностью каждого медицинского работника. Фельдшерско-акушерский пункт составляет план санитарно-просветительной работы, в котором намечаются тематика, методы и формы этой работы. Фельдшер организует на селе выступления участкового врача, врача-гинеколога и других специалистов, проведение лекций, вечеров вопросов и ответов, выступления по радио; медицинские консультации могут быть поручены только врачам.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1

Мероприятия в отношении больных и лиц, контактировавших с ними, при некоторых инфекционных болезнях

Название болезни	Мероприятия в отношении	
	больных и реконвалесцентов	лиц, контактировавших с больными
Амебиаз	Изоляция прекращается после исчезновения клинических симптомов болезни. Работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных [1], в стационаре и после выписки подвергают повторным исследованиям на цистоносительство	Лиц, контактировавших с больными, обследуют на цистоносительство. Выявленные цистоносители подлежат лечению
Ботулизм	Изоляция прекращается после исчезновения клинических симптомов болезни	Разобщение не применяется. Лицам, употреблявшим наряду с больным подозрительный продукт, промывают желудок теплым 2 % раствором гидрокарбоната натрия, дают слабительное и с профилактической целью вводят в/м по 1000—2000 МЕ противоботулиновой сыворотки каждого типа
Бруцеллез	Больные острой формой бруцеллеза подлежат госпитализации в инфекционные стационары, а хронической — в соматические стационары. Все переболевшие подлежат учету и диспансерному наблюдению	Разобщение не применяется
Брюшной тиф и паратифы	Больные подлежат обязательной госпитализации в инфекционные больницы (отделения). Выписка реконвалесцентов, леченных антибиотиками, производится на 21-й день с момента нормализации температуры; не леченных антибиотиками — на 14-й день при условии клинического выздоровления. Реконвалесценты через 5 дней после установления нормальной температуры подлежат троекратному бактериологическому исследованию (кал и моча) с интервалом 5 дней и однократному исследованию желчи через 10 дней после исчезновения клинических проявлений. Все переболевшие брюшным тифом или паратифом после выписки из больницы подлежат медицинскому наблюдению с термометрией 1 раз в 7 дней в первые 2 мес и еще 1 мес — 1 раз в 2 нед. Через 10 дней после выписки из стационара реконвалесценты подлежат пятикратному обследованию на носительство (кал и моча) с интервалами 1—2 дня. Работники пищевых и приравненных к ним объектов до окончания этого обследования к работе не допускаются. В последующем реконвалесценты подлежат ежемесячному однократному обследованию (кал и моча) на протяжении 3 мес. К концу 3 мес наблюдения в поликлинике исследуется однократно желчь. На протяжении 2 лет у переболевших ежеквартальн-	Лица, общавшиеся с больным, подлежат медицинскому наблюдению, термометрии 21 день и обследованию на носительство (однократное бактериологическое исследование сыворотки крови в РПГА с цистеином). При положительном результате проводят повторное исследование кала, мочи и желчи. Проживающие в очаге дети дошкольного возраста, посещающие детские учреждения, работники пищевых предприятий и лица, приравненные к ним, отстраняются от работы и посещения дошкольных детских учреждений до получения однократного отрицательного результата исследования на носительство

[1] К работникам пищевых предприятий и к ним приравненным относятся: работающие на пищевых предприятиях, объектах общественного питания, торговли пищевыми продуктами, молочных кухнях, молочных фермах, молочных заводах и др., непосредственно занятые обработкой, хранением, транспортировкой продуктов питания и выдачей готовой пищи, а также занятые ремонтом инвентаря и оборудования; работники детских и лечебно-профилактических учреждений, занятые непосредственным обслуживанием и питанием детей; работники водопроводных сооружений и лица, ответственные за доставку и хранение питьевой воды.

Продолжение

Название болезни	Мероприятия в отношении	
	больных и реконвалесцентов	лиц, контактировавших с больными
	но исследуют кал и мочу. Переболевшие, за исключением работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных, к концу 2 лет при снятии с учета подлежат однократному исследованию желчи и крови в РПГА с цистеином. При отрицательных результатах реконвалесценты подлежат снятию с учета. Работники пищевых предприятий трудоустраиваются на работу сроком на 1 мес, где они не представляют эпидемической опасности. К концу этого срока у них исследуют кал и мочу пятикратно. При положительном результате исследования их не допускают к основной работе в течение 3 мес после выздоровления, подвергают пятикратному исследованию кала и мочи с интервалом 1—2 дня и однократному исследованию желчи. При отрицательном результате исследования их допускают к основной работе, но в течение 2 лет ежеквартально исследуют кал и мочу однократно. К концу 2-го года после перенесенного заболевания ставится РПГА с цистеином. При отрицательных результатах исследования наблюдение продолжается на протяжении всей трудовой деятельности, ежегодно двукратно исследуется кал и моча. Если у переболевших по истечении 3 мес после выздоровления была выделена культура возбудителей брюшного тифа или паратифа, они считаются хроническими носителями, отстраняются от работы на пищевых предприятиях и должны изменить профессию. При выявлении носительства у детей, им разрешают посещать школу, но не допускают к участию в работе, связанной с приготовлением, транспортировкой и раздачей пищевых продуктов и воды. При выявлении носительства у детей дошкольного возраста посещение детских садов и яслей не разрешается. Их направляют в стационар для обследования и лечения.	
Возвратный тиф	Больные подлежат обязательной госпитализации. Выписка выздоравливающих производится не ранее 21-го дня с момента окончания последнего приступа	Разобщение прекращается после тщательной санитарной обработки и дезинсекции белья, одежды, постельных принадлежностей и помещения больного. За лицами, соприкасавшимися с больными, устанавливается медицинское наблюдение и проводится термометрия в течение 25 дней
Гепатит вирусный	Больные подлежат обязательной госпитализации. Изоляция прекращается после исчезновения клинических проявлений, восстановления функции печени, нормализации содержания билирубина в крови и уробилина в моче	Разобщение не применяется, проводится медицинское наблюдение в течение 35 дней от момента последнего общения с больным. Доноры отстраняются от сдачи крови на 6 мес. Перед сдачей крови их обследуют на наличие Hb-антигена и активность аминотрансфераз. В очаге инфекционного гепатита детям и беременным, общавшимся с больным, вводят гаммаглобулин. В очаге сывороточного гепатита гамма-глобулинопрофилактика не проводится
Дизентерия и другие острые кишечные заболевания	Госпитализации в обязательном порядке подлежат больные по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Клинические показания к госпитализации: — все тяжелые и среднетяжелые формы острых кишечных заболеваний; — острые кишечные заболевания у резко	Разобщение не применяется. За лицами, соприкасавшимися с больным дизентерией, устанавливается медицинское наблюдение в течение 7 дней. Для выявления повторных заболеваний в очаге медицинские работники поликлиник и детских дошкольных учреждений осматривают соприкасав-

Продолжение

Название болезни	Мероприятия в отношении	
	больных и реконвалесцентов	лиц, контактировавших с больными
	ослабленных и отягощенных сопутствующими заболеваниями лиц. Эпидемиологические показания к госпитализации: — острые кишечные заболевания или выделение возбудителя дизентерии у работников пищевых предприятий и лиц, приравненных к ним; — когда соблюдение необходимого противоэпидемического режима по месту жительства больного невозможно, а также при нарушении режима. Больные, перенесшие кишечные заболевания без бактериологически подтвержденного диагноза (лечение в стационаре или дома), выписываются не ранее 3 дней после клинического выздоровления, нормализации стула и температуры. Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, кроме этого, подвергаются бактериологическому обследованию, проводимому не ранее 2 дней после окончания лечения. Выписываются только при отрицательном результате обследования. Реконвалесценты, перенесшие дизентерию, подтвержденную бактериологически (при лечении в стационаре или дома), выписываются не ранее чем через 3 дня после нормализации стула, температуры и обязательного однократного отрицательного контрольного бактериологического обследования, проведенного не ранее 2 дней после окончания лечения. Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, выписываются при этих условиях только после двукратного отрицательного бактериологического обследования, проведенного не ранее 2 дней после окончания лечения. Дети младшего возраста, посещающие и непосещающие дошкольные детские учреждения, выписываются не ранее 3 дней после нормализации стула, температуры, а также однократного отрицательного бактериологического обследования, проведенного не ранее 2 дней после окончания лечения. Больных хронической дизентерией выписывают после исчезновения клинических проявлений болезни, стойкой, в течение 10 дней нормализации стула и отрицательного результата однократного бактериологического обследования, проведенного через 2 дня после окончания лечения. Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, допускаются к исполнению своих обязанностей на основании справки врача стационара о выздоровлении без дополнительного бактериологического обследования. При получении положительного результата бактериологического обследования в стационаре перед выпиской таким лицам продолжают лечение, повторно обследуют на бактерионосительство и в случае необходимости устанавливают диспансерное наблюдение и переводят на работу, не связанную с пищевыми продуктами. Если бактерионосительство дизентерии продолжается более 3 мес после перенесенного заболевания, то решением консилиума они как больные хронической формой дизентерии переводятся на работу, не связанную с продуктами питания. Дети, посещающие детские дошкольные	шихся с больным и проводят медицинское наблюдение (термометрия, осмотр стула, пальпация кишечника и т. д.). При наличии в очаге работников пищевых предприятий и лиц, приравненных к ним, при эпидемиологическом обследовании очага медицинские работники СЭС забирают материал для исследования на бактерионосительство

Продолжение

Название болезни	Мероприятия в отношении	
	больных и реконвалесцентов	лиц, контактировавших с больными
	учреждения, и дети из специализированных санаториев допускаются в коллективы после клинического выздоровления, но за ними устанавливается наблюдение на протяжении 1 мес. Дети, перенесшие обострение хронической дизентерии, допускаются в детский коллектив при нормализации стула в течение 5 дней, хорошем общем состоянии и нормальной температуре. Диспансерному наблюдению подлежат работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, переболевшие дизентерией с установленным видом возбудителя и бактерионосители. Из остальных групп населения наблюдением охватываются только больные хронической дизентерией и лица с длительно неустойчивым стулом, относящиеся к работникам пищевых предприятий и лицам, к ним приравненным.	
Дифтерия	Больные дифтерией подлежат обязательной госпитализации. Больных с подозрением на дифтерию госпитализируют в диагностическое отделение. Реконвалесцентов выписывают из больницы после выздоровления при условии отрицательного результата двукратного контрольного бактериологического исследования, проводимого с промежутками в два дня. Реконвалесцентов дифтерии (детей и взрослых) перед допуском их в детские коллективы обследуют дополнительно. Реконвалесценты — носители нетоксигенных возбудителей дифтерии допускаются к посещению детских учреждений. Вопрос о допуске бактерионосителя токсигенного штамма в коллектив решается комиссионно с участием эпидемиолога, педиатра и отоларинголога. Носители токсигенных дифтерийных микробов, допущенные в коллектив, подлежат еженедельному бактериологическому обследованию (с проверкой токсигенности выделенного штамма) до получения 2 отрицательных результатов исследования мазков из зева и носа, продолжению лечения носоглотки. За коллективом, куда допущен носитель, устанавливается наблюдение эпидемиолога. В детские коллективы, где имеется носитель токсигенных бактерий, вновь принимают детей только правильно привитых против дифтерии	Дети и взрослые, соприкасавшиеся с больным, подлежат осмотру врачом с целью выявления стертых форм дифтерии и обследованию на носительство. Детей, и взрослых, работающих в детских коллективах, допускают в детские учреждения только после дезинфекции в очаге и получения отрицательного результата бактериологического исследования на носительство
Коклюш и паракоклюш	Госпитализации подлежат больные с тяжелой и осложненной формой коклюша, особенно в возрасте до 2 лет; страдающие другими острыми или хроническими заболеваниями (туберкулез, грипп, дизентерия, корь и др.); из семей, где имеются новорожденные и дети старшего возраста, не вакцинированные против коклюша. Изоляция больного продолжается 25 дней с начала заболевания при наличии двух отрицательных результатов бактериологического исследования, без бактериологического исследования — не менее 30 дней со дня заболевания. Изоляция больного паракоклюшем проводится только в возрасте до 1 года в течение 25 дней	Соприкасавшиеся с больным дети до 7-летнего возраста, не болевшие коклюшем, подлежат разобщению в течение 14 дней с момента последнего контакта с больным. Если больной оставлен дома, разобщение прекращается к моменту окончания его изоляции. Все дети, находившиеся в контакте с больным, подлежат обследованию на носительство. При выявлении носительства (у некашляющих детей) их допускают в детские учреждения после троекратных отрицательных бактериологических исследований, проводимых с интервалами 3 дня и с предъявлением справки из поликлиники о том, что ребенок здоров. За детьми старше 7 лет и взрослыми, обслуживающими детские учреждения, устанавливается наблюдение в течение 14 дней, а если больной не изолирован, то до момента окончания его изоляции

Название болезни	Мероприятия в отношении	
	больных и реконвалесцентов	лиц, контактировавших с больными
Корь	Больных изолируют на дому. Госпитализации подлежат дети в возрасте до 2 лет, больные имеющие осложнения, а также больные из закрытых детских учреждений, общежитий и проживающие в неблагоприятных санитарных условиях. Изоляция больного прекращается через 4 дня с момента появления сыпи, а при наличии осложнений — не ранее 10-го дня	Дети, общавшиеся с больным и ранее не болевшие корью и непривитые против нее, разобщаются на 17 дней. На детей, которым в связи с контактом с больным корью введен гамма-глобулин, накладывают карантин на 21 день
Краснуха	Изоляция больного прекращается через 4 дня от начала высыпания. При появлении повторных заболеваний в детском учреждении, заболевший допускается в данное детское учреждение после исчезновения острых явлений болезни	Разобщение не применяется. Беременным вводят 3—5 мл гамма-глобулина
Лептоспироз	Больных госпитализируют при тяжелом течении болезни	Разобщение не применяется
Менингококковая инфекция	Больные генерализованной формой менингококковой инфекции — менингитом, менингококцемией (или при подозрении на эти заболевания) подлежат немедленной госпитализации в специализированные отделения, а при отсутствии их в боксы или полубоксы. Больных назофарингитами (с повышенной температурой и характерной клиникой) выявленных в очагах инфекции, изолируют на дому или в стационаре в зависимости от клинических и эпидемиологических показаний. Выписка больных менингитом и менингококцемией разрешается после двукратного бактериологического исследования слизи из носоглотки с отрицательным результатом, проведенного после клинического выздоровления, но не ранее чем через 3 сут после окончания лечения антибиотиками, с интервалом 1—2 дня. Выписка из стационара больных назофарингитом производится после однократного бактериологического исследования с отрицательным результатом, проведенного не ранее чем через 3 дня после окончания лечения. Реконвалесценты после генерализованной формы допускаются в дошкольные детские учреждения и в закрытые учебные заведения при наличии однократного отрицательного ответа бактериологического исследования, проведенного не ранее чем через 10 дней после выписки из стационара. Носители допускаются в детские учреждения после двукратного отрицательного результата бактериологического исследования, проведенного с интервалом 1—2 дня, начатого не ранее чем через 3 дня после окончания санации	В окружении больного генерализованной формой менингококковой инфекции или подтвержденным бактериологически менингококковым назофарингитом в организованных коллективах обследование на носительство проводится двукратно с интервалом 3—7 дней. Первое бактериологическое исследование проводят не позднее 2-го дня после выявления и госпитализации больного. В семье или квартире обследование соприкасавшихся с больным проводят однократно. Дети, посещающие детские учреждения, и персонал, работающий в детских учреждениях, до получения отрицательного результата бактериологического исследования не допускаются в эти учреждения. За очагом устанавливается медицинское наблюдение в течение 10 дней
Малярия	Больных малярией лечат на дому или в стационаре. За переболевшими малярией и паразитоносителями, проходящими санацию, устанавливается наблюдение с периодическим исследованием крови на малярийных плазмодиев. При тропической малярии наблюдение проводится до $1^1/_2$ лет, при трехдневной — до $2^1/_2$ лет	Разобщение не применяется
Оспа ветряная	Больных изолируют на дому. Изоляция выздоравливающих прекращается через 5 дней после появления последнего элемента сыпи. При появлении повторных заболеваний в детском учреждении заболевший допускается в данное детское учреждение по исчезновении явлений болезни	Для детей в возрасте до 7 лет, не болевших ранее ветряной оспой, разобщение применяется в течение 21 дня с момента начала контакта независимо от того, изолирован больной или нет. При точном установлении времени контакта разобщение проводится с 11-го по 21-й день предполагаемой инкубации

Название болезни	Мероприятия в отношении	
	больных и реконвалесцентов	лиц, контактировавших с больными
Паротит эпидемический	Больных изолируют в домашних условиях. Изоляция больного прекращается через 9 дней от начала заболевания. При появлении повторных заболеваний в детском учреждении заболевший допускается в учреждение по исчезновении острых явлений болезни	Дети до 10 лет, соприкасавшиеся с больным, не болевшие паротитом, подлежат разобщению на 21 день от начала контакта с больным. При точном установлении времени контакта дети, не болевшие паротитом, допускаются в детские учреждения в первые 10 дней предполагаемой инкубации; с 11-го по 21-й день инкубации они подлежат разобщению
Полиомиелит	Больные подлежат обязательной госпитализации. Изоляция прекращается после исчезновения острых клинических симптомов болезни, но не ранее 21-го дня от начала заболевания	Дети в возрасте до 15 лет, не болевшие полиомиелитом, и взрослые, работающие в дошкольных детских учреждениях, пищевых предприятиях и производствах, подлежат разобщению на 20 дней после прекращения контакта с больным и дезинфекции помещения. Разобщение прекращается лишь при отсутствии у них воспалительных явлений в носоглотке и кишечнике
Сап	При заболевании сапом или подозрении на заболевание больные подлежат госпитализации на все время болезни в изолированную палату. Выписывают реконвалесцентов после исчезновения всех клинических симптомов заболевания и заживления кожных поражений. Реконвалесценты находятся под длительным наблюдением врача	Разобщение не применяется. За лицами, находившимися в очаге сапа, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня после прекращения общения с больными или животными. Лицам, соприкасавшимся с больными животными, проводят экстренную профилактику сульфатиозолом в течение 5 дней. По окончании карантина обязательны постановка внутрикожной пробы и исследование сыворотки крови на наличие антител к возбудителю сапа
Сибирская язва	Больных госпитализируют в инфекционные больницы или отделения, а при их отсутствии — в отдельную палату соматической больницы. Для ухода за больными легочной, кишечной и септической формой сибирской язвы выделяют отдельный медицинский персонал. Реконвалесцентов при кожной форме изолируют до момента отпадения струпьев, эпителизации и рубцевания язв, при септической, легочной и кишечной форме — до клинического выздоровления и двукратного отрицательного результата бактериологического исследования, проводимого с интервалом 5 дней. В зависимости от формы болезни проводится исследование крови, мокроты, мочи и испражнений	Разобщение не применяется. За лицами, соприкасавшимися с больным человеком или больным животным, устанавливается медицинское наблюдение до полной ликвидации очага (8 дней после заболевания). В очаге проводят дезинфекцию помещений, оборудования и инвентаря и санитарную обработку лиц, соприкасавшихся с заразным материалом. Соприкасавшимся с больным человеком, животным или инфицированным материалом, вводят противосибиреязвенный гамма-глобулин (нецелесообразно применение гамма-глобулина, если прошло более 5 сут после употребления в пищу мяса больного животного или более 10 сут после возможного инфицирования кожных покровов в результате контакта). С профилактической целью взрослым вводят 20—25 мл гамма-глобулина, подросткам (14—17 лет) — 12 мл, детям в зависимости от возраста до 5—8 мл. Гамма-глобулин вводят после предварительной пробы на чувствительность к лошадиному белку. Гамма-глобулин можно вводить в сочетании с антибиотиками
Скарлатина	Госпитализацию больного независимо от возраста проводят по эпидемиологическим и клиническим показаниям. Обязательной госпитализации подлежат больные с тяжелой и среднетяжелой формой болезни, а также больные, которым нельзя обеспечить изоляцию в домашних условиях и организовать правильный уход за ними. К эпидемиологическим показаниям относятся: наличие в семье детей от 3 мес до 7 лет и школьников	Не болевшие скарлатиной дети, посещающие дошкольные детские учреждения и первые два класса школы, не допускаются в эти учреждения в течение 7 дней с момента изоляции больного. За детьми, переболевшими скарлатиной, а также за школьниками старших классов и взрослыми, работающими в дошкольных детских учреждениях, первых двух классах школ,

Название болезни	Мероприятия в отношении	
	больных и реконвалесцентов	лиц, контактировавших с больными
	первых двух классов, не болевших скарлатиной, а также взрослых, работающих в дошкольных детских учреждениях, первых двух классах школ, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях, при невозможности изоляции их от заболевшего. Изоляция больного (в больнице или на дому) прекращается после клинического выздоровления, но не ранее 10 дней от начала заболевания. Больные ангинами из очага скарлатины (дети и взрослые) не допускаются в перечисленные выше учреждения в течение 22 дней со дня их заболевания (так же, как и больные скарлатиной). Посещение детьми-реконвалесцентами дошкольных детских учреждений и первых двух классов школ допускается после дополнительной изоляции на дому в течение 12 дней после клинического выздоровления. Реконвалесценты из закрытых детских учреждений (дома ребенка, детские дома, санатории, школы-интернаты) после выписки из стационара подлежат дополнительной изоляции на 12 дней в том же закрытом детском учреждении. Реконвалесценты-взрослые, работающие в учреждениях, перечисленных выше, с момента клинического выздоровления переводятся на другую работу (где они с эпидемиологической точки зрения не опасны) на срок 12 дней	хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях, устанавливается медицинское наблюдение в течение 7 дней после изоляции больного. В случае общения с больным в течение всего периода болезни дети, не болевшие скарлатиной, посещающие дошкольные детские учреждения и первые два класса школ, не допускаются в указанные учреждения в течение 17 дней с начала контакта с заболевшим. Дети, переболевшие скарлатиной, и взрослые, работающие в учреждениях, перечисленных выше, и проживающие в одной семье с заболевшим, допускаются в детские учреждения и на работу. За ними устанавливается ежедневное медицинское наблюдение в течение 17 дней от начала болезни
Сыпной тиф	Все лихорадящие больные с симптомами сыпного тифа подлежат немедленной госпитализации; с неустановленным до 5-го дня болезни диагнозом — провизорной госпитализации. В случае выявления реконвалесцента, перенесшего сыпной тиф, госпитализация его осуществляется по клиническим показаниям. Лихорадящие больные с предварительным диагнозом, не исключающим сыпной тиф (грипп, пневмония, энцефалиты и др.), в случае продолжения лихорадки более 5 дней подлежат двукратному серологическому исследованию не позже 6-го дня болезни с интервалом 5—6 дней. Выписывают переболевших сыпным тифом из стационара на 12-й день нормальной температуры	Разобщение прекращается после тщательной санитарной обработки контактных лиц и дезинсекции белья, одежды, постельных принадлежностей и жилища больного. Наблюдение за лицами, бывшими в соприкосновении с больным, производится: в городах — санитарно-эпидемиологическими станциями, в сельской местности — работниками больниц, амбулаторий или фельдшерско-акушерских пунктов. Среди лиц, соприкасавшихся с больным во время инкубационного периода (исключая последний день инкубации), выясняется путем опроса, проверки по медицинским документам и показаниям РСК (реакция связывания комплемента) в комбинации с РГА (реакция гемагглютинации) не перенес ли кто-либо из них за последние 3 мес сыпной тиф. Лица, соприкасавшиеся с больным как в период инкубации, так и в период заболевания, подвергаются 25-дневному наблюдению с ежедневной термометрией, считая с момента проведения санитарной обработки. Соприкасавшиеся с больным подлежат обязательному осмотру на педикулез до санитарной обработки. При наличии педикулеза лабораторному обследованию (при помощи РСК, РГА, реакции агглютинации риккетсий) подвергаются все лица, находившиеся в контакте с больным. При отсутствии педикулеза лабораторному обследованию подлежат лица, перенесшие в течение последних 3 мес до выявления очага лихорадочные заболевания
Туляремия	Больные туляремией не опасны для окружающих, но их госпитализируют для проведе-	Разобщение не применяется

Название болезни	Мероприятия в отношении	
	больных и реконвалесцентов	лиц, контактировавших с больными
	ния специфического лечения. Изоляция больного прекращается после исчезновения острых клинических явлений	
Холера	Больных холерой и вибриононосителей изолируют в специально развернутом госпитале. Активно выявляют лиц, страдающих расстройствами кишечника, и при подозрении на холеру проводят провизорную госпитализацию их. Выписку реконвалесцентов производят после клинического выздоровления, завершения курса антибиотикотерапии и получения отрицательных результатов бактериологического исследования. Бактериологическое исследование проводят через 24—36 ч после окончания лечения антибиотиками в течение 3 дней подряд. Исследуют испражнения троекратно и желчь (порции В и С) — однократно. Работники пищевой промышленности и торговли продовольственными товарами, головных сооружений водопроводов и других коммунальных объектов, общественного питания, детских и лечебно-профилактических учреждений, а также больные с хроническими заболеваниями печени и желчевыводящих путей подлежат пятикратному исследованию в течение 5 дней испражнений и однократному желчи. Лиц, перенесших холеру и вибрионосительство, после выписки из стационара допускают сразу к работе (учебе) независимо от профессии и ставят на учет в санитарно-эпидемиологических станциях и в кабинетах инфекционных заболеваний по месту жительства, устанавливают за ними наблюдение в течение срока, определяемого приказом Министерства здравоохранения СССР. На каждого из них составляют диспансерную карту (форма № 30 а). В 1-й месяц диспансерного наблюдения проводят бактериологическое исследование кала 1 раз в 10 дней и однократное — желчи. В дальнейшем обследование на вибрионосительство проводят один раз в месяц. Кал для бактериологического исследования забирают медицинские работники после дачи слабительного (сульфат магния в дозе 30 г для взрослых и детям в соответствии с возрастом). В 1-й месяц наблюдения слабительное дают один раз перед третьим исследованием. В случае выявления вибрионосительства у реконвалесцентов их госпитализируют для лечения, после чего обследование повторяют так же, как указано выше	В очаге холеры выявляют лиц, соприкасавшихся с больными и вибриононосителями в течение последних 5 дней. На выявленных соприкасавшихся с больным лиц составляют списки с указанием адреса, места работы, времени, степени и характера контакта. Списки передают на территориальную санитарно-эпидемиологическую станцию. Изоляции подлежат лица, имевшие тесный контакт с больным холерой (вибриононосителем) в бытовых условиях. В обязательном порядке в изолятор направляют членов семьи больного, а также жильцов (родственников), проживающих в одной коммунальной квартире, пользующихся общим с больным туалетом, кухней и др. Обязательной изоляции подлежат работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, работающие на очистных сооружениях водопровода и канализации, в детских учреждениях; на объектах коммунального хозяйства (в банях, плавательных бассейнах, гостиницах и т. д.). Показания к изоляции соприкасавшихся с больным холерой определяются эпидемиологом и соответственно обосновываются в зависимости от местных социальных условий (питания, уровня санитарного благоустройства и т. д.). В исключительных случаях по комиссионному решению медицинского штаба часть контактировавших, исключая перечисленных выше, не помещают в изолятор. За всеми соприкасавшимися устанавливается медицинское наблюдение в течение 5 сут с троекратным (на протяжении первых суток наблюдения) бактериологическим исследованием на холеру и профилактическим лечением антибиотиками. Лица, не помещенные в изолятор, могут работать
Чума	Больные чумой подлежат обязательной госпитализации в специально развернутые госпитали, лихорадящих больных изолируют в провизорный госпиталь. Выписка допускается не ранее чем через месяц после исчезновения всех клинических симптомов и при условии отрицательных результатов бактериологического исследования. При бубонной форме чумы бактериологическое исследование пунктатов бубонов производят двукратно с промежутком 2 дня; при первичной легочной чуме и метастатической пневмонии необходимы отрицательные результаты многократных бактериологических исследований мокроты. После выписки медицинское наблюдение проводят в течение 3 мес	Соприкасавшихся с больными чумой изолируют посемейно и по срокам изоляции. Контактных с больным легочной чумой изолируют раздельно. Разобщение прекращается через 6 дней после контакта с больными. В изоляторе соприкасавшихся с больными подвергают профилактическому лечению. Продолжительность курса профилактического лечения 5 дней. В/м вводят один из следующих препаратов: стрептомицин, дигидрострептомицин, пасомицин 2 раза в сутки в дозе 0,5 г. Кроме того, антибиотики закапывают в нос или вводят в виде аэрозолей в дозе 0,25—0,5 г в течение 3 дней

Таблица 2

Сроки проведения профилактических прививок и кожных аллергических проб при некоторых инфекционных болезнях

Название болезни и препарата	Показания к применению	Схема прививки	Примечание
Бешенство [1] Антирабические вакцины (Ферми и МИ ВП)	Назначают при всех укусах, нанесении царапин, ослюнений кожных покровов и слизистых оболочек явно бешеными, подозрительными на бешенство и неизвестными животными; при ранении предметами, загрязненными слюной или мозгом бешеных или подозрительных на бешенство животных (вскрытие трупов, разделка туш и др.); при укусах через одежду, если она проколота или разорвана зубами; при укусах через тонкую или вязаную одежду; при укусах, ослюнении и нанесении царапин здоровым в момент контакта с животным, если оно в течение 10-дневного наблюдения заболело, погибло или исчезло; при укусах дикими грызунами в неблагополучных по бешенству местностях; при явном ослюнении или повреждении кожных покровов человеком, больным бешенством	Продолжительность курса прививок и дозы вакцинации зависят от характера и локализации укуса, состояния здоровья животного. При ослюнении неповрежденных кожных покровов здоровым животным в момент ослюнения и 10-дневного наблюдения прививки не назначаются. Если животное в течение 10-дневного наблюдения заболело, погибло или исчезло, прививки назначают немедленно по 2 мл в течение 12 дней (безусловные показания). При ослюнении поврежденных кожных и неповрежденных слизистых оболочек здоровыми животными в момент ослюнения и 10-дневного наблюдения прививки не назначаются. Если животное заболело, погибло или исчезло, прививки назначают немедленно по 3 мл в течение 12—18 дней. Прививки также назначают немедленно при ослюнении животным, больным бешенством, или если животное убежало, погибло или неизвестное, по 3 мл в течение 12—18 дней. При легких укусах здоровым животным или наблюдавшимся 10 дней, прививки не назначают при благополучных данных; при неблагополучных данных начинают прививки немедленно в один день 2 раза по 3 мл с интервалом 30 мин (условные показания). Если животное в течение 10-дневного наблюдения заболело, погибло или исчезло, прививки начинают немедленно по 3 мл вакцины в течение 20 дней. При легких укусах больным бешенством животным, или если животное убито или неизвестное, прививки начинают немедленно по 3 мл вакцины в течение 20 дней. При укусах средней тяжести (поверхностные одиночные укусы и царапины кисти, исключая пальцы рук, ослюнение поврежденных слизистых покровов) здоровым животным в момент укуса и 10-дневного наблюдения прививки не назначают при благополучных данных; при неблагополучных данных прививки	Доза вакцины указана для взрослых и для детей старше 10 лет. Для детей до 3 лет назначают половинную дозу, для детей от 3 до 10 лет — 75 % дозы взрослого. Дозу вакцины в 5 мл вводят обязательно двумя инъекциями с интервалом не менее 20—30 мин. Антирабическую вакцину вводят тонкой иглой в положении лежа пострадавшего медленно, стерильным шприцем, строго подкожно, отступая от средней линии живота на 2—3 пальца на уровне или ниже пупка в разные участки. Если невозможно вводить вакцину в подкожную клетчатку живота (наличие рубцов, больших инфильтратов и т. п.), в отдельных случаях вакцина может быть введена в подкожную клетчатку в области лопаток. После введения вакцины пострадавшему не рекомендуется вставать в течение 5 мин. Для создания прочного иммунитета и предупреждения осложнений прививающимся запрещается употребление алкогольных напитков в течение всего курса прививок по безусловным показаниям, на 1 мес после окончания курса прививок по условным показаниям. Необходимо, чтобы больной во время курса прививок не переутомлялся, избегал переохлаждения, перегревания. Прививки пострадавшим не должны проводиться натощак. Во время антирабических прививок и в течение 2 мес с момента их окончания запрещается проведение других профилактических прививок. Лечебные сыворотки вводят только по жизненным показаниям

[1] Первая медицинская помощь лицам, обратившимся по поводу укуса, нанесения царапин, ослюнения, произведенного любым животным, оказывается во всех больничных и амбулаторно-поликлинических учреждениях. Пострадавшему обильно промывают раны, царапины, ссадины, места ослюнения струей воды с мылом, обрабатывают края раны спиртовым раствором йода, накладывают стерильную повязку, проводят экстренную профилактику столбняка и направляют в травматологический пункт (кабинет), а при его отсутствии — в хирургический кабинет для назначения и проведения антирабических прививок.

Название болезни и препарата	Показания к применению	Схема прививки	Примечание
		начинают немедленно по 3 мл вакцины 2 раза с интервалом 30 мин. Если животное в течение 10-дневного наблюдения заболело, погибло или исчезло, начинают немедленно комбинированное введение антирабического гамма-глобулина (по 0,25 мл/кг массы тела взрослого человека) и через 24 ч вакцинацию по 5 мл в течение 21 дня; после 10-дневного перерыва — по 5 мл на 10-й и 20-й день. В местностях, благополучных по бешенству, вводят вакцину по 3 мл в течение 20 дней, после 10-дневного перерыва по 3 мл вакцины на 10-й и 20-й день. При укусах средней тяжести больным бешенством животным, или если оно убежало или убито, или неизвестное, прививки начинают комбинированным введением антирабического гамма-глобулина и вакцины. Дозы см. выше. При тяжелых укусах (любые укусы головы, лица, пальцев рук, многочисленные или обширные укусы, любые укусы, нанесенные дикими плотоядными животными) здоровым животным в момент укуса и 10-дневного наблюдения прививки начинают немедленно — вводят антирабический гамма-глобулин в дозе 0,25 мл/кг массы тела взрослого человека. При отсутствии гамма-глобулина вводят вакцину по 5 мл 3—4 дня подряд. При укусах больным бешенством или неизвестным животным, или если животное убито или заболело, погибло или исчезло в течение 10-дневного наблюдения, прививки начинают немедленно независимо от проведенного условного курса. Проводят комбинированный курс по схеме: вводят антирабический гамма-глобулин (по 0,5 мл/кг массы тела взрослого человека) и через 24 ч вакцину по 5 мл в течение 25 дней, перерыв 10 дней, а затем по 5 мл на 10-й и 20-й день	
Антирабический гамма-глобулин (иммуноглобулин) см. *Антира-*		По условным показаниям вводят в/м взрослым в дозе 0,25 мл/кг, по безусловным — 0,25—0,5 мл/кг	Для проверки на чувствительность организма к сыворотке лошади в область внутренней поверхности

Название болезни и препарата	Показания к применению	Схема прививки	Примечание
бические вакцины		(см. *Прививки против бешенства антирабическими вакцинами*). Всю дозу антирабического гамма-глобулина вводят в один день. Лишь при особенно обширных укусах в лицо и голову, тяжелых укусах, нанесенных бешенным волком и другими плотоядными животными, антирабический иммуноглобулин может быть повторно введен в дозе 0,5 мл/кг на 2-й день. Часть дозы гамма-глобулина можно ввести под кожу вокруг раны, если позволяет ее локализация	предплечья вводят 0,1 мл 1 % (1:100) раствора антирабического гамма-глобулина (ампула прилагается). Реакцию учитывают через 20—30 мин. Проба считается отрицательной, если диаметр папулы до 1 см и краснота вокруг не ограничена. Проба считается положительной, если диаметр папулы превышает 1 см и имеется разлитая краснота. При отрицательной пробе в подкожную клетчатку плеча вводят 0,7 мл 1 % антирабического гамма-глобулина; при отсутствии реакции через 30 мин в/м в верхний наружный квадрант ягодицы вводят дробно, в 2—3 приема с интервалом 10—15 мин, всю назначенную лечебно-профилактическую дозу цельного антирабического гамма-глобулина, подогретого до 37 °С
Ботулизм Поливалентный анатоксин (типов А, В, С, Е)	Применяют при лечении больных ботулизмом для активной выработки организмом антитоксинов;	Вводят троекратно под кожу в дозах: первая инъекция — 2 мл, вторая и третья — 4 мл с интервалом 5—7 дней.	
	работникам лабораторий, экспериментаторам, имеющим контакт с ботулотоксином	Вводят троекратно с интервалом $1^1/_2$ мес между первой и второй прививками, третью прививку. проводят через 3 мес	
Противоботулиновые лечебно-профилактические сыворотки А, В, Е (моновалентные и поливалентные)	Применяют с лечебной целью при появлении первых симптомов заболевания; с профилактической целью в очагах заболевания лицам, употреблявшим в пищу подозрительный на ботулизм продукт	Вводят поливалентную сыворотку в следующих дозах: 10 000—15 000 МЕ типа А,5000—7500 МЕ типа В и 15 000 МЕ типа Е. Сыворотку вводят в/в в подогретом до 37 °С виде. При невозможности внутривенного вливания сыворотку вводят в/м. Продолжительность курса лечения сывороткой зависит от эффективности и тяжести течения болезни. При легком течении болезни сыворотку применяют в течение 2 дней, при формах средней тяжести— на протяжении 6—7 дней. После установления типа токсина, который вызвал заболевание, лечение продолжается соответствующей моновалентной сывороткой. С профилактической целью в/м вводят до 1000—2000 МЕ сыворотки каждого типа строго в соответствии с наставлением по ее применению	Сыворотку вводят после проверки организма на чувствительность путем постановки внутрикожной пробы. Для постановки внутрикожной пробы 0,1 мл разведенной (1:100) лошадиной сыворотки вводят внутрикожно в сгибательную поверхность предплечья. Проба считается отрицательной, если через 20—30 мин диаметр образующейся на месте введения папулы не превышает 0,9 см и краснота вокруг нее ограничена. При отрицательной пробе под кожу вводят 0,1 мл сыворотки и только в случае отсутствия в течение 30 мин каких-либо реакций вводят остальное количество сыворотки
Бруцеллез Бруцеллезная накожная сухая живая профилактическая вакцина	Прививки проводят по решению Министерства союзной республики следующим лицам: персоналу, работающему в животноводческих хозяйствах, за	Вакцину вводят накожным методом однократно на наружной поверхности средней трети плеча. После обработки кожи и высыхания спирта или	Прививки проводят начиная с 18-летнего возраста

Продолжение

Название болезни и препарата	Показания к применению	Схема прививки	Примечание
	2—3 мес до окота скота; лицам, работающим на мясокомбинатах, бойнях и других предприятиях, имеющих отношение к продуктам животноводства за 1—2 мес до массового забоя скота или массового поступления сырья; вновь поступающим на указанные предприятия лицам не менее чем за 3 нед до начала работы; ветеринарным и зоотехническим работникам животноводческих хозяйств; лицам, работающим с живыми вирулентными культурами бруцелл или лабораторными животными, зараженными бруцеллезом	эфира иглой через шприц, не прикасаясь к коже, наносят по одной капле вакцины в двух местах на расстоянии 3—4 см друг от друга (плечо держать горизонтально), затем стерильным оспопрививательным пером производят на коже через каждую каплю по три крестообразные насечки (три продольных и три поперечных), на расстоянии 0,3—0,4 см друг от друга (насечки не должны кровоточить). Плоской стороной оспопрививательного пера вакцину втирают в насечки и дают подсохнуть 5—10 мин. Ревакцинацию проводят через год после вакцинации. Начиная с третьей ревакцинации ее проводят лицам, отрицательно реагирующим на пробу Бюрне, ревакцинацию проводят половинной дозой, установленной для вакцинации. Одна доза вакцины — 0,05 мл или 2 капли	
Бруцеллин (фильтрат 3-недельной бульонной культуры)	Применяют для постановки аллергической пробы с диагностической целью (на 20—25-й день, иногда раньше — на 7—8-й день с момента заболевания)	Вводят внутрикожно в дозе 0,1 мл на ладонной поверхности средней трети предплечья	Результат реакции учитывают через 24—48 ч. Образование болезненного отека (размер отечности колеблется от 2 • 2 см до 6 • 9 см, средний — 4 • 6 см) овальной формы, покраснения указывает на наличие заболевания
Вирусный гепатит Гамма-глобулин нормальный (противокоревой)	Назначают по эпидемическим показаниям в очагах заболевания при появлении первого случая гепатита детям, беременным, а также лицам, ослабленным другими болезнями	Детям от 6 мес до 10 лет вводят в/м 1 мл гамма-глобулина, старше 10 лет и взрослым — 1,5 мл	Профилактическая активность гамма-глобулина в отношении гепатита сохраняется на протяжении 6—7 мес. В случае необходимости по эпидемическим показаниям через 6—7 мес гамма-глобулин вводят повторно
Грипп Живая гриппозная вакцина для интраназального применения	Назначают для профилактики эпидемического гриппа у людей старше 16 лет	Вакцину вводят интраназально при помощи специального распылителя жидких препаратов. По 0,25 мл дивакцины (А2 + + В) или моновакцины вводят в каждый носовой ход на глубину 0,5 см троекратно с интервалом 2—3 нед. Ревакцинацию проводят ежегодно.	Перед проведением вакцинации контингент прививаемых осматривает врач. Прививки проводят в осенне-зимний период, за 2—3 мес до начала эпидемического подъема гриппа
Живая гриппозная вакцина для детей	Предназначена для профилактики гриппа у детей от 1 года до 15 лет	Дивакцину или моновакцину вводят интраназально по 0,25 мл в каждый носовой ход на глубину 0,5 см двукратно с интервалом 25—30 дней	
Живая гриппозная вакцина для перорального введения	Применяют для предупреждения и лечения эпидемического гриппа	Профилактические прививки проводят троекратно с интервалом 10—15 дней в осенне-зимний период. Однократная про-	Дозирование вакцины может производиться градуированной пипеткой, шприц-пипеткой или по каплям (из расчета — 22 капли

Продолжение

Название болезни и препарата	Показания к применению	Схема прививки	Примечание
		филактическая доза: для детей от 1 года до 3 лет — 0,5 мл; от 3 до 7 лет — 1 мл и от 8 лет — взрослым — 2 мл. В межэпидемический период и в период начавшейся вспышки гриппа с целью стимуляции эндогенного интерферона вакцину вводят детям в дозах: от 1 года до 3 лет — 1 мл; от 3 до 7 лет — 2 мл; от 8 до 16 лет — 3 мл и взрослым — 5 мл. В очагах гриппа всем соприкасавшимся с больным в начале заболевания вакцину вводят один раз в день 2 дня подряд. Однократная доза для детей от 1 года до 3 лет — 1 мл, от 3 до 7 лет — 2 мл, от 8 до 16 лет — 3 мл и для взрослых — 6 мл	соответствуют 1 мл). Для детей интервал после прививок против других инфекций должен быть не менее 1 мес
Противогриппозный донорский гамма-глобулин из человеческой крови	Применяют для лечения гриппа, профилактики осложнений после него, а также для профилактики гриппа в эпидемических очагах	Гамма-глобулин вводят в/м в следующих дозах: детям в возрасте до 1 года — 1,5 мл, от 1 года до 2 лет — 2 мл, от 2 до 7 лет — 3 мл и старше 7 лет по 3—4,5 мл (при пересчете на 1 кг массы тела 0,15—0,2 мл). При тяжелом течении препарат вводят повторно через 6—8 ч. С профилактической целью гамма-глобулин вводят в дозе 3 мл	Показания к применению: токсическая форма гриппа (наличие гипертермии, энцефалитического, менингеального, судорожного синдрома); токсико-катаральная, субтоксическая формы, а также раннее вирусное поражение легких (вирусные «пневмониты» и др.)
Человеческий лейкоцитарный интерферон	Применяют для профилактики и лечения гриппа и других респираторных заболеваний	С целью профилактики гриппа в каждый носовой ход вводят по 0,25 мл (5 капель) раствора интерферона 2 раза в сутки с интервалом не менее 6 ч. С лечебной целью растворенный препарат вводят в каждый носовой ход по 0,25 мл через 1—2 ч не менее 5 раз в сутки в течение 2—3 дней	С целью профилактики интерферон необходимо применять при непосредственной угрозе заражения и продолжать до тех пор, пока сохраняется опасность заражения
Дизентерия Дизентерин Цуверкалова	Применяют с целью диагностики дизентерии	Для постановки внутрикожной аллергической пробы на ладонную поверхность средней трети предплечья вводят внутрикожно 0,1 мл дизентерина	Результат реакции учитывают через 24 ч. Отек и гиперемия кожи размером 35 мм и более расценивается как резко положительная реакция; размером в 20—35 мм — умеренно положительная; размером в 10—20 мм — слабоположительная реакция
Дифтерия Коклюш Столбняк Адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина (АКДС-вакцина) и адсорбированная дифтерийно-столбнячная вакцина (АДС-вакцина)	Прививкам подлежат дети в возрасте от 3 мес до 11 лет. АДС-анатоксином прививают детей, переболевших коклюшем; детей старше 2 лет; ранее не привитых АКДС-вакциной; детей, имеющих противопоказания к прививкам АКДС-вакциной	Вакцинация детей в возрасте 3 мес, кроме детей, переболевших коклюшем, состоит из трех внутримышечных инъекций АКДС-вакцины по 0,5 мл с интервалом 45 дней. Ревакцинацию проводят детям через $1^1/_2$—2 года после законченного курса вакцинации АКДС-вакциной. Вакцину вводят в/м в дозе 0,5 мл однократно одно-	

Продолжение

Название болезни и препарата	Показания к применению	Схема прививки	Примечание
		временно с вакцинацией против полиомиелита. Ревакцинацию в возрасте 6 и 11 лет проводят только против дифтерии и столбняка АДС-М-анатоксином (препарат с уменьшенным количеством анатоксина) в дозе 0,5 мл однократно. Вакцинация АДС-анатоксином состоит из двух внутримышечных инъекций по 0,5 мл с интервалом 45 дней. Ревакцинацию АДС-анатоксином проводят детям, переболевшим коклюшем в возрасте до 2 лет; имеющим противопоказания к введению АКДС-вакцины	
Коклюш Гамма-глобулин нормальный (человеческий)	Применяют для профилактики коклюша среди детей, контактировавших с больным, для которых коклюш представляет наибольшую опасность. К этой категории относятся дети в возрасте до 2 лет, непривитые или с незаконченным курсом прививок против коклюша, а также дети, ослабленные хроническими и инфекционными заболеваниями	Схему вакцинации и ревакцинации см. *Прививки адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной* (АКДС-вакциной). Гамма-глобулин вводят в/м по 3 мл дважды с интервалом 1 день	
Корь Живая коревая вакцина	Прививкам подлежат не имеющие противопоказаний и не болевшие корью дети в возрасте 15—18 мес	Вакцинацию проводят однократно подкожно в область плеча или под лопатку в дозе 0,5 мл разведенной вакцины. Вакцину можно вводить внутрикожно с помощью безыгольного инъектора	Вакцинацию проводят одновременно с вакцинацией против эпидемического паротита
Гамма-глобулин нормальный противокоревой	Применяют для профилактики кори в очагах заболевания	Доза гамма-глобулина колеблется от 1,5 до 3 мл в зависимости от состояния здоровья ребенка, возраста, а также времени введения гамма-глобулина от начала соприкосновения с больным корью	
Лептоспироз Лептоспирозная вакцина	Прививки проводят среди населения, подвергающегося опасности заражения (по решению Министерства здравоохранения союзной республики)	Вакцину вводят подкожно при первой инъекции 2 мл, через 7—10 дней — 2,5 мл вакцины. Ревакцинацию проводят через год подкожно в дозе 2 мл	Прививки проводят начиная с 7-летнего возраста
Лихорадка Ку Сухая живая вакцина М-44	Прививкам подлежат работники животноводства, боен, по переработке животноводческого сырья в районах распространения лихорадки Ку (по решению Министерства здравоохранения союзной республики)	Вакцину вводят накожно. Кожу средней трети плеча протирают спиртом или эфиром и наносят на нее 2 капли вакцины на расстоянии 3—4 см друг от друга. Через каждую каплю вакцины при помощи оспопрививательного пера делают три крестообразные насечки длиной 1 см. Вакцину втирают в насечки оспопрививательным пером. Ревакцинацию проводят той же дозой вакцины, что и вакцинацию	Вакцинацию против Ку-лихорадки можно проводить одновременно с вакцинацией живой вакциной против бруцеллеза (на кожу разных рук). Прививки против лихорадки Ку проводят лицам в возрасте с 14 лет

Продолжение

Название болезни и препарата	Показания к применению	Схема прививки	Примечание
		лицам, с отрицательной РСК, не имеющим комплементсвязывающих антител к антигену риккетсий Бернета, но не ранее, чем через 2 года после первичной иммунизации. Сроки ревакцинации могут быть изменены в зависимости от эпидемических показаний	
Орнитоз Орнитозный аллерген	Применяют с целью диагностики орнитоза с 3—5-го дня болезни и до 3 мес от начала болезни	0,1 мл специфического антигена вводят внутрикожно на внутренней поверхности предплечья, на другой руке ставят пробу с контрольным препаратом	Учет реакции проводят через 24—48 ч. Наличие покраснения и инфильтрата подтверждает диагноз заболевания. Величина инфильтрата и покраснения колеблется от 0,5 до 2—4 см в диаметре (0,5 • 1 см — ++ положительная; 1 × × 3 см — +++ положительная; 2×4 см — ++++ положительная)
Паротит эпидемический Живая паротитная вакцина	Прививкам подлежат дети в возрасте 15—18 мес, не болевшие ранее паротитом и не имеющие противопоказаний	Паротитную вакцину вводят однократно подкожно в дозе 0,5 мл или внутрикожно (безыгольным инъектором) в дозе 0,1 мл	Вакцинацию проводят одновременно с вакцинацией против кори
Полиомиелит Живая вакцина Сейбина (ЖВС) типов I, II, III	Прививкам подлежат дети в возрасте от 3 мес до 16 лет	Вакцинацию проводят в возрасте 3 мес. Вакцину вводят через рот троекратно с интервалом $1^1/_2$ мес. Первые две ревакцинации проводят детям от 1 года до 2 лет и от 2 до 3 лет двукратно (на каждый год жизни) с интервалом между прививками $1^1/_2$ мес. Ревакцинацию старших возрастов (7—8 и 15—16 лет) проводят однократно	
Сап Аллерген малеин	Применяют с диагностической целью с 10—15-го дня болезни	Малеин вводят накожно на скарифицированную кожу предплечья в дозе 0,1 мл	При положительной реакции наблюдаются местные воспалительные изменения, которые учитывают спустя 24—48 ч после постановки пробы
Сибирская язва Сибиреязвенная сухая жидкая вакцина «СТИ»	Прививкам по эпидемическим показаниям по решению Министерства здравоохранения союзной республики подлежат лица, занятые сбором, хранением, транспортировкой, переработкой и реализацией сырья животного происхождения, в особенности на предприятиях, перерабатывающих кожевенное сырье и шерсть, а также на мясокомбинатах. Кроме того вакцинации подлежат лица, работающие с живыми культурами возбудителя сибирской язвы, с зараженными лабораторными животными или производящие исследование материала, зараженного возбудителем сибирской язвы. В пунктах, стационарно неблагополучных по сибирской язве,	Вакцину вводят накожно однократно через скарифицированную кожу на наружной поверхности средней трети левого плеча. Перед прививкой кожу очищают спиртом. На очищенную сухую кожу в двух местах наносят, не касаясь кожи, туберкулиновым шприцем с тонкой иглой по одной капле (0,01—0,02 мл) разведенной вакцины. Расстояние между каплями 3—4 см. Стерильным оспопрививательным пером делают 4 поверхностных насечки (кровь должна выступать только мелкими росинками). После этого вакцину втирают в течение 5—10 мин. Ревакцинацию проводят однократно, через год в той же дозе, что и вакцинацию	Прививки проводят начиная с 14 лет. Прививаемость вакцины при вакцинации и ревакцинации проверяют через 48, 72, 96 ч и на 8-й день после прививки. Внеплановую вакцинацию против сибирской язвы по эпидемическим показаниям целесообразно проводить подкожным способом, применяя безыгольное (струйное) введение вакцины соответствующим инъектором. При пользовании инъектором необходимо строго соблюдать инструктивные указания, прилагаемые к каждому типу инъекторов. Инъектор должен быть отрегулирован на подкожное введение вакцины в объеме 0,5 мл

Название болезни и препарата	Показания к применению	Схема прививки	Примечание
	прививкам подлежат лица, соприкасавшиеся с общественным скотом, а в активных пунктах (в которых заболевания животных или людей регистрировались в течение последних 10 лет) прививаются также люди, соприкасающиеся с индивидуальным скотом		
Гамма-глобулин против сибирской язвы	С лечебной целью сибиреязвенный гамма-глобулин вводят немедленно после установления диагноза. В случае необходимости введение гамма-глобулина повторяют в последующие дни в тех же дозах. Гамма-глобулин применяют в возможно ранние сроки после контакта с инфицированным материалом. Применение гамма-глобулина нецелесообразно, если с момента контакта прошло более 10 дней — в случаях возможного инфицирования кожных покровов, или более 5 дней после употребления в пищу мяса сибиреязвенного животного.	Вводят в/м в ягодичную область 30—50 мл гамма-глобулина	Перед введением гамма-глобулина проверяют чувствительность больного к лошадиному белку при помощи внутрикожной пробы. При постановке пробы в сгибательную поверхность предплечья вводят внутрикожно 0,1 мл разведенного в 100 раз 10 % раствора гамма-глобулина и наблюдают за результатом в течение 20 мин. Проба считается положительной, если папула увеличивается в размере, становится выпуклой, диаметр ее достигает 1—3 см и более и она окружена зоной гиперемии. При отрицательной внутрикожной пробе под кожу вводят 0,1 мл 10 % раствора гамма-глобулина. При отсутствии реакции на эту дозу через 1 ч после этого в/м вводят всю назначенную дозу гамма-глобулина
	С профилактической целью гамма-глобулин вводят лицам, имевшим прямой контакт с материалом, содержащим палочки сибирской язвы или их споры; лицам, принимавшим участие в вынужденном забое и разделке туши животного, оказавшегося больным сибирской язвой; лицам, ухаживающим за больными сибирской язвой животными, а также принимавшим участие в захоронении трупа; лицам, приготовлявшим пищу из мяса животного, больного сибирской язвой; которые находились в очень тесном контакте с больным сибирской язвой человеком (общая постель, полотенце и т. д.)	Гамма-глобулин вводят в/м в ягодичную область в дозах: взрослым — 20—25 мл, подросткам 14—17 лет — 12 мл, детям — 5—8 мл	
Антраксин	Применяют для установления диагноза сибирской язвы с первых дней болезни и определения постинфекционной и поствакцинальной реактивности организма	Вводят строго внутрикожно 0,1 мл на внутренней поверхности в средней трети предплечья. Пробу ставят с контролем на другой руке. Контрольную жидкость вводят в той же дозе	Реакцию учитывают через 24—48 ч. В положительных случаях на месте введения антраксина обнаруживается гиперемия и инфильтрат (более 5 мм в диаметре); в случае сомнительной реакции пробу повторяют через 7 дней
Скарлатина Токсин скарлатинозного стрептококка	Применяют для определения восприимчивости и напряженности иммунитета к скарлатине	Вводят внутрикожно в дозе 0,1 мл на сгибательной поверхности предплечья левой руки	Учет реакции проводят через 12—24 ч. Реакция Дика считается положительной, если на месте введения токсина появляется кожная реакция в виде красноты в диаметре от 2 до 3 см

Продолжение

Название болезни и препарата	Показания к применению	Схема прививки	Примечание
Столбняк Адсорбированный, очищенный столбнячный анатоксин	Прививкам подлежат все лица, не имеющие противопоказаний. Активную иммунизацию проводят препаратами, содержащими столбнячный анатоксин, в соответствии с действующими приказами Министерства здравоохранения СССР и наставлениями по применению препаратов	Для активной иммунизации против столбняка применяют адсорбированную коклюшно-дифтерийно-столбнячную вакцину (АКДС-вакцина), адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин (АДС-анатоксин); адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенной концентрацией антигенов (АДС-М-анатоксин), адсорбированный столбнячный анатоксин (АС-анатоксин) и др. Адсорбированный столбнячный анатоксин вводят подкожно дважды в дозе по 0,5 мл с интервалом 30—40 дней Ревакцинацию проводят с интервалом от 6 мес до 2 лет однократным введением 0,5 мл того же анатоксина, последующие ревакцинации производят с интервалом 10 лет Сокращенная схема иммунизации: при первичной вакцинации вводится АС-анатоксин в удвоенной дозе с первичной ревакцинацией через 1—2 года и последующими ревакцинациями в обычной дозировке АС-анатоксина через каждые 10 лет Экстренная профилактика столбняка начинается с первичной обработки раны с одновременным проведением специфической профилактики, которая осуществляется в соответствии с приложением к приказу Министерства здравоохранения СССР от 9.11.81 г. № 1152 «Инструкции по специфической профилактике столбняка» (табл. 2)	
Противостолбнячный человеческий иммуноглобулин (ПСЧИ) и противостолбнячная сыворотка	Для иммунизации некоторых контингентов населения (пожилые люди, неорганизованное население) с учетом специфических условий в отдельных местностях по решению Министерства здравоохранения союзной республики может быть применена сокращенная схема иммунизации Экстренная профилактика столбняка показана при травмах с нарушением целости кожных покровов и слизистых оболочек, обморожениях и ожогах II, III и IV степени, внебольничных абортах, родах вне медицинских учреждений, гангрене или некрозе тканей любого типа, абсцессах, укусах животными; проникающих повреждениях желудочно-кишечного тракта		
Туберкулез Вакцина БЦЖ для внутрикожного применения	Прививкам подлежат все не инфицированные туберкулезом дети и взрослые до 30 лет	Вакцинацию проводят в период новорожденности при отсутствии противопоказаний на 5—7-й день жизни. Вакцину вводят однократно внутрикожно на наружной поверхности плеча левой руки после обработки кожи 70 % спиртом. Дозу вакцины (0,05 мг) разводят изотоническим раствором хлорида натрия. Ревакцинации однократно внутрикожным методом в дозе 0,05 мг вакцины подлежат все клинически здоровые дети и подростки в возрасте 7 лет (1-й класс школ), 11—12 лет (5-й класс),	Ревакцинации подлежат лица с отрицательным или сомнительным результатом пробы Манту с 2 ТЕ

Продолжение

Название болезни и препарата	Показания к применению	Схема прививки	Примечание
		16—17 лет (10-й класс), а также взрослые в возрасте 22—30 лет. В городах и районах, где практически ликвидирована заболеваемость детей туберкулезом и среди них не выявляются локальные формы заболевания, проводят ревакцинации — в 7 лет (1-й класс) и в 14—15 лет (8-й класс). Последующие ревакцинации не инфицированных туберкулезом лиц проводят с интервалом 5—7 лет до 30-летнего возраста	
Альттуберкулин Коха (АТК); сухой очищенный туберкулин (ППД-Л — очищенный белковый дериват) выпускается в форме готовых к употреблению растворов	Туберкулиновые препараты применяют с целью раннего выявления туберкулеза у детей и подростков (ежегодная постановка пробы Манту), отбора контингентов, подлежащих ревакцинации против туберкулеза (постановка пробы Манту в декретированных возрастных группах и при обследовании всего населения в возрасте до 30 лет), определения инфицированности туберкулезом как эпидемиологического показателя (проба Манту), выявления инфицированных туберкулезом лиц с гиперергическими реакциями на туберкулин (проба Манту)	Пробу Манту ставят по назначению врача специально обученный фельдшер или медицинская сестра, имеющие документ-допуск к производству туберкулинодиагностики	Результаты туберкулиновой пробы могут быть оценены врачом, специально обученным фельдшером или медицинской сестрой, проводившей пробу
Туляремия Сухая живая туляремийная вакцина	Прививки проводят по решению Министерства здравоохранения союзной республики по эпидемическим показаниям	Вакцинацию проводят однократно накожным методом на наружной поверхности в средней трети плеча. Вакцину наносят по одной капле в двух местах, располагая эти капли на расстоянии 3—4 см, через каждую каплю производят по две параллельные насечки длиной 0,8—1 см. Ревакцинацию проводят каждые 5 лет	Прививки проводят с 7-летнего возраста. Результат прививки проверяют начиная с 5—7-го дня по 12—15-й день
Тулярин внутрикожный	Применяют с диагностической целью с 3—5-го дня болезни и в более поздние сроки	Вводят 0,1 мл тулярина строго внутрикожно на ладонной поверхности средней трети предплечья	Учет реакции проводят через 24—48 ч. Реакцию считают положительной при наличии инфильтрата и гиперемии 0,5 см в диаметре и более
Тулярин накожный	Применяют для массового обследования привитых против туляремии с целью определения у них иммунитета	Одну каплю препарата глазной пипеткой наносят на обработанную спиртом кожу наружной поверхности средней трети левого плеча, после чего оспопрививательным пером делают две параллельные насечки размером 8—10 мм на расстоянии 3—4 мм друг от друга и плоской стороной втирают каплю тулярина	Учет реакции проводят через 48 ч. Реакцию считают положительной при наличии инфильтрата и гиперемии диаметром 0,5 см и более. Накожный тулярин ни в коем случае не может быть использован для подкожного и внутрикожного введения, так как он вызовет бурную местную реакцию
Холера Моновакцина	Прививки проводят по эпидемическим показаниям	Вакцину вводят подкожно двукратно с интер-	Прививки проводят начиная с 7 лет

Название болезни и препарата	Показания к применению	Схема прививки	Примечание
	по решению Министерства здравоохранения союзных республик	валом 7—10 дней в дозе: детям 7—10 лет 1-я прививка 0,5 мл, 2-я — 0,75 мл, 10—15 лет — 1-я прививка 0,75 мл, 2-я — 1 мл; старше 15 лет и взрослым — 1-я прививка 1 мл, 2-я — 1,5 мл. Ревакцинацию проводят двукратно с интервалом 7—10 дней в дозе: 1-я прививка 0,5 мл, 2-я — 1 мл, доза вакцины для детей та же, что и при вакцинации	
Чума Живая авирулентная вакцина	Прививки проводят по эпидемическим показаниям по решению Министерства здравоохранения союзной республики	Вакцинацию проводят однократно накожным методом, ревакцинацию — через 6—12 мес	Прививки проводят начиная с 2 лет
Энцефалит клещевой Вакцина против клещевого энцефалита	Прививки проводят по эпидемическим показаниям по решению Министерства здравоохранения союзной республики	При первой инъекции подкожно вводят 2 мл, через 3—6 нед 2-я инъекция — 2 мл, ревакцинация через 6—12 мес. Последующие ревакцинации проводят ежегодно на протяжении 3—4 лет	Прививки проводят начиная с 4 лет. Указаны дозы для взрослых

Таблица 3

Способы и сроки взятия материала для лабораторных исследований у инфекционных больных

Название болезни	Материал, способы взятия, упаковка и транспортировка	Сроки взятия материала	Сроки получения результатов из лаборатории	Примечание
Амебиаз	Кал в теплом виде для микроскопии, пока амебы не утратили подвижность. Исследуют несколько нативных препаратов, взятых из разных мест слизисто-кровянистых участков испражнений	С 1-го дня болезни	В тот же день	Препараты рассматривают с помощью иммерсионной системы. Специфические признаки амебиаза — подвижность возбудителей и наличие захваченных эритроцитов
Ботулизм	Кровь (8—10 мл) берут до введения лечебной сыворотки из локтевой вены в пробирку, содержащую 1 мл 4 % раствора цитрата натрия; рвотные массы (100 г); промывные воды желудка (250—300 мл); кал (100 г); мочу (200 мл); патологоанатомический материал (содержимое желудка, кишечника, печени); остатки пищевых продуктов (100 г из разных мест). Материал собирают в стерильные банки для посева на питательные среды. В пробы нельзя добавлять консервирующие вещества и хранить их необходимо на холоде	То же	Предварительный ответ в тот же день, окончательный — через 3—4 дня	Для обнаружения ботулотоксина используют реакцию нейтрализации в опытах на белых мышах: первой паре подопытных мышей вводят внутрибрюшинно по 0,5—0,8 мл крови, фильтрата рвотных масс или экстракта из продуктов, секционных кусочков. Второй контрольной паре вводят материал в смеси с противоботулиновыми сыворотками (А, В, С и Е) по 0,05 мл каждого типа. В случае, если подопытная пара мышей погибает, а контрольная выживает, ставят реакцию нейтрализации раздельно с каждой сывороткой
Бруцеллез	Кровь на гемокультуру берут из локтевой вены по 5 мл в два стерильных флакона, содержащих по 50 мл мясо-пептонного или печеночного бульона. Для предупреждения свертывания крови к бульону добавляют 0,5 % раствор цитрата натрия.	С 1-го дня болезни и в течение всего лихорадочного периода	Через 20—25 дней	
	Кровь (1—2 мл) из пальца или вены для постановки реакции агглютинации Райта, реакции связывания комплемента (РСК) и реакции пассивной гемагглютинации (РПГА)	С 8—9-го дня болезни	На следующий день	
Брюшной тиф и паратифы	Кровь (10—15 мл) на гемокультуру берут из локтевой вены стерильным шприцем для посева на желчный бульон (100—150 мл) или на среду Рапопорт	С 1-го дня болезни и в течение всего лихорадочного периода	Предварительный ответ через 2 дня, окончательный — через 4—5 дней	Посев производят у постели больного и до начала лечения. Через 18—24 ч пребывания в термостате при появлении роста готовят мазок, красят по Граму, производят микроскопическое исследование и пересев на питательные среды
	Кал (3—5 г), мочу (50—100 мл), желчь (дуоденальное содержимое) собирают в стерильные сухие или с добавлением глицериновой смеси в соотношении 1:3 флаконы или банки для посева на питательные среды (Эндо, Плоскирева, Кауфмана и др.).	Со 2-й недели	То же	
	Кровь (1—2 мл) берут из пальца или вены в пробирку для постановки реакций агглютинации Видаля и пассивной (непрямой) гемагглютинации (РПГА) с	С 8—9-го дня болезни для реакции Видаля и с 4—6-го дня для РПГА	На следующий день	Реакции агглютинации повторяют 2—3 раза с интервалом 5—6 дней

Название болезни	Материал, способы взятия, упаковка и транспортировка	Сроки взятия материала	Сроки получения результатов из лаборатории	Примечание
	эритроцитарным диагностикумом (О- и Vi-антигеном).			
	Для ранней диагностики брюшного тифа применяют иммунофлуоресцентный метод, который дает возможность с помощью иммунофлуоресцирующих сывороток обнаружить в исследуемом материале брюшнотифозный (паратифозный) антиген	С 1-го дня болезни	В тот же день	
Возвратный тиф	Кровь берут во время приступа лихорадки для приготовления мазка, который красят по Романовскому, и толстой капли	То же	То же	
Грипп и другие острые респираторные заболевания	Отделяемое носоглотки для иммунофлуоресцентного исследования и заражения куриных эмбрионов	» »	На 3—5-й день	Мазки из носоглотки обрабатывают специфической иммунофлуоресцирующей сывороткой, что дает возможность обнаружить гриппозный (парагриппозный, аденовирусный и др.) антиген
	Кровь (1—2 мл) берут из пальца или вены для постановки реакции торможения гемагглютинации (РТГА), РСК и реакции нейтрализации	В первые дни болезни и через 2—3 нед.	На следующий день	
Дизентерия	Кал (3—5 г) берут в стерильную пробирку или патрон с глицериновой смесью (соотношение 1:3) для посева на среды Эндо, Плоскирева и др.	С 1-го дня болезни. Повторно на протяжении болезни	Предварительный ответ на 2-й день, окончательный — на 4-й	Посевы лучше производить до начала лечения. Наилучшие результаты получают при посеве комочков слизи, гноя у постели больного. Материал с глицериновой смесью необходимо доставить в лабораторию не позднее чем через 2 ч. При невозможности доставить материал в указанный срок, его помещают в холодильник и направляют в лабораторию не позднее чем через 12 ч после взятия
	Мазок кала для обработки иммунофлуоресцирующей сывороткой	То же	Через 1—2 ч после начала исследования	
	Кровь (2 мл) берут из пальца или вены для постановки РПГА с эритроцитарным дизентерийным диагностикумом	С 4—6-го дня болезни	На следующий день	
Дифтерия	Слизь из зева и носа берут стерильными тампонами на границе пленки и здорового участка слизистой оболочки	С 1-го дня болезни	Предварительный ответ через 24—48 ч, окончательный (с определением токсигенности) — через 4—5 дней	Мазок из зева следует брать натощак или не ранее чем через 2 ч после еды и немедленно направлять в лабораторию. При транспортировке на дальние расстояния применяют среды обогащения или тампоны, смоченные 5 % раствором глицерина в изотоническом растворе хлорида натрия
Кишечные коли-инфекции (эшерихиозы)	Кал (3—5 г) берут в стерильный патрон или пробирку с глицериновой смесью для посева на питательные среды Эндо, Плоскирева и др.	С 1-го дня болезни. Повторно в течение болезни	Предварительный ответ на 2-й день, окончательный — на 4-й день	Посев следует производить у постели больного до начала антибактериальной терапии
	Рвотные массы (50—100 г) собирают в стерильную посуду для посева. Перед посевом рвотные массы нейтрализуют 10 % раствором гидрокарбоната натрия. Смывы с окружающей среды собирают ватным тампоном.	По эпидемическим показаниям	То же	
	Кровь (2 мл) берут из пальца или из вены для постановки РПГА.	С 3—5-го дня болезни	На следующий день	Реакцию повторяют через 5—6 дней. Окончательный диагноз дают после

Продолжение

Название болезни	Материал, способы взятия, упаковка и транспортировка	Сроки взятия материала	Сроки получения результатов из лаборатории	Примечание
	Мазок кала для обработки специфическими иммунофлюоресцирующими сыворотками	С 1-го дня болезни	Через 1—2 ч после начала исследования	изучения реакции в динамике при нарастании титра антител
Коклюш, паракоклюш	Слизь из задней стенки глотки. Стерильный тампон вынимают из пробирки, сгибают о край пробирки под углом 120 °. Язык больного фиксируют шпателем, вводят тампон, не касаясь слизистой оболочки полости рта, и по задней стенке глотки проводят им 2—3 раза. Посев производят тут же на казеиново-угольный агар (КУА). При доставке материала в лабораторию необходимо беречь его от охлаждения.	С начала болезни и в случае подозрения на коклюш или паракоклюш	Предварительный ответ на 3-й день, окончательный — на 5—7-й день	Перед посевом чашку с питательной средой обрабатывают пенициллином (7,5 ЕД на чашку) или добавляют его в питательную среду (30—50 ЕД на 100 мл). Пенициллин задерживает размножение сопутствующей микрофлоры, которая имеется на слизистой оболочке полости рта и носоглотки. Тампоном материал берут также с целью выявления бактерионосителей
	Кровь (1—2 мл) берут из пальца или вены для постановки реакции агглютинации (РА) и РСК	Со 2—3-й недели	На следующий день	РА ставят в динамике. Используют ее как вспомогательный метод диагностики в условиях массовой иммунизации детей для распознавания легких и особенно стертых форм коклюша
	Слизь носоглотки для обнаружения в мазках флюоресцирующих антител	С первых дней болезни	Через 1—2 ч после начала исследования	
Лейшманиозы	Берут содержимое папулы, кусочки грануляций из язв (при кожной форме); пунктат грудины (при висцеральной форме) для приготовления мазков и окраски их по Романовскому	С 1-го дня болезни	В тот же день	
Лептоспироз	Берут кровь из локтевой вены (10—12 мл), 2 мл крови используют для микроскопического исследования в темном поле, 4 мл засевают на питательную среду (водно-сывороточная среда Уленгута, фосфатно-сывороточная среда Ферворта — Вольффа, 4 мл дефибринируют и используют для внутрибрюшинного введения лабораторным животным (молодым морским свинкам, кроликам и др.).	С начала заболевания	Сразу после микроскопического исследования	Посевы выдерживают в термостате при температуре 25—30 °С в течение 30 дней; через каждые 5—7 дней исследуют посевы в темном поле микроскопа
	Кровь (2 мл) из пальца берут для постановки реакции агглютинации-лизиса (АГЛ) и РСК.	С 12—14-го дня болезни	На следующий день	
	Спинномозговую жидкость (5—10 мл) берут по клиническим показаниям и засевают на питательные среды, кроме того, центрифугируют ее, рассматривают в темном поле микроскопа и используют для постановки биологической пробы.	С 7-го по 21-й день болезни	Сразу же после микроскопического исследования	
	Мочу (5—10 мл) используют для посева на питательные среды, исследования центрифугата в темном поле микроскопа и постановки биологической пробы	С 14-го по 28-й день болезни	То же	То же

Название болезни	Материал, способы взятия, упаковка и транспортировка	Сроки взятия материала	Сроки получения результатов из лаборатории	Примечание
Лихорадка Ку	Берут кровь (5—6 мл), в случае необходимости — спинномозговую жидкость и стерильно внутрибрюшинно вводят морским свинкам, белым мышам или хлопковым крысам.			
	Мочу, мокроту вводят стерильно под кожу морским свинкам, белым мышам или хлопковым крысам.			
	Кровь (2 мл) берут из пальца или вены для постановки РА и РСК	С 5—10-го дня болезни	На следующий день	Титры РСК 1:2 и РА 1:10 считаются положительными. Для подтверждения диагноза необходимы повторные исследования с нарастанием титра антител
Малярия	Кровь из пальца берут в виде двух мазков и двух толстых капель на предметных стеклах. Мазок фиксируют в 96 % спирте в течение 15 мин или в метиловом спирте 3 мин и красят по Романовскому. Толстую каплю окрашивают по Романовскому без предварительной фиксации	Во время приступа, лучше на высоте лихорадочного приступа	» »	
Менингококковая инфекция	Спинномозговую жидкость берут в 2 стерильные пробирки: 2 мл для клинического и 2—5 мл для микробиологического исследования. В лаборатории после центрифугирования одну каплю осадка засевают на поверхность сывороточного агара, готовят мазок, оставшуюся часть заливают 5 мл стерильного полужидкого агара, помещают в термостат «для обогащения».	С 1-го дня болезни	В тот же день после бактериоскопического исследования, окончательный — на следующий день	Во время транспортировки засеянный на питательные среды материал предохраняют от холода
	Кровь (5—10 мл) засевают на 50 мл 0,1 % сахарного бульона или полужидкого агара (pH 7,4)	То же		Флакон помещают в термостат на 7 дней, ежедневно производят посевы на чашку Петри с сывороточным агаром
	Слизь из носоглотки берут натощак или через 3—4 ч после еды стерильным тампоном. Корень языка удерживают шпателем, тампон направляют концом вверх и подводят под мягкое небо в носоглотку. Тампон тут же опускают в пробирку с небольшим количеством стерильного бульона. Несколько капель бульона со смытой слизью помещают на чашку Петри с 20 % сывороточным агаром	» »	На следующий день	Слизь из носоглотки исследуют при подозрении на назофарингит менингококковой этиологии
	Кровь (2 мл) для постановки РПГА и реакции встречного иммуноэлектрофореза (ВИЭФ)	» »		С помощью РПГА и ВИЭФ с первых дней болезни можно обнаружить в крови и спинномозговой жидкости больного специфический антиген и антитела

Название болезни	Материал, способы взятия, упаковка и транспортировка	Сроки взятия материала	Сроки получения результатов из лаборатории	Примечание
Орнитоз	Для вирусологических исследований берут кровь, мокроту, смывы из носоглотки, плевральную жидкость, при летальных исходах — кусочки органов. Пробирки с собранным материалом помещают в металлические пеналы, опечатывают и все материалы, за исключением крови, направляют в замороженном состоянии в лабораторию, имеющую разрешение на работу с возбудителями особоопасных инфекций	С 1-го дня болезни и в течение первых 2 нед — кровь, до 26-го дня болезни — мокроту и смывы из носоглотки		Исследуемый материал вводят белым мышам через нос, внутрибрюшинно и в головной мозг. После гибели мышей и вскрытия их готовят мазки-отпечатки, окрашивают их по методам Романовского, Макиавелло или Кастаньеды
	Кровь (2 мл) берут из пальца или вены для постановки РСК	В первые дни заболевания, затем через 2, 3 и 4 нед		Учитывают динамику нарастания титра антител в течение болезни, положительными считаются титры 1:16, 1:32
Оспа натуральная	Содержимое везикул, пустул, корочки, соскоб макул или папул берут в стерильную посуду стерильным инструментом не менее чем от 10 кожных элементов.	С 1-го дня периода высыпания	Предварительный ответ после вирусоскопии, окончательный — через 48—96 ч	
	Отделяемое слизистой оболочки зева берут ватным тампоном, который опускают в стерильную пробирку.	С 1-го дня болезни	То же	
	Кровь (1—3 мл) для выделения вируса (немедленно разводят дистиллированной водой из расчета 1:3).	То же	» »	Для экстренной диагностики материал исследуют на наличие оспенного антигена в одной из двух серологических реакций: реакции прямой гемагглютинации (РПГА) или реакции микропреципитации в агаре (РМПА). Для обнаружения вируса в материале используют электронную микроскопию или прямой метод флюоресцирующих антител (МФА)
	Кровь (1—2 мл) для постановки реакции торможения гемагглютинации (РТГА)	С 5—6-го дня болезни	На следующий день	
	При летальном исходе берут содержимое кожных элементов, кровь из сердца и кусочки внутренних органов (легкие, печень) в стерильную посуду. При упаковке и транспортировке материала соблюдают такие же меры предосторожности, как и при других особоопасных инфекциях		Предварительный ответ после вирусоскопии, окончательный — через 48—96 ч.	При отрицательном результате обязательным является выделение возбудителя на куриных эмбрионах и его идентификация
Полиомиелит	Кал (10—15 г) собирают в сухую стерильную посуду	С первых дней болезни 3 дня подряд	Через 10—15 дней	Собранный материал сохраняют на холоде
	Носоглоточные смывы с задней стенки глотки, миндалин и носа. Тампоны помещают в стерильную пробирку с 2 мл стерильного бульона или воды.	С начала болезни для выявления вирусоносительства.		В лаборатории заражают культуру клеток из обезьян и культуру клеток амниона человека

Название болезни	Материал, способы взятия, упаковка и транспортировка	Сроки взятия материала	Сроки получения результатов из лаборатории	Примечание
Сальмонеллезы	Кровь (5—7 мл) из локтевой вены для определения нарастания вируснейтрализующих и комплементсвязывающих антител в парных сыворотках крови	Исследуют не менее 2 проб сыворотки с интервалом 12—14 дней		
	Рвотные массы (50—100 г) собирают в стерильную посуду.	С 1-го дня болезни	Предварительный ответ через 2 дня, окончательный — через 4 дня	Материал засевают на плотные среды (Эндо, Левина, Плоскирева) и на жидкие обогатительные среды (селенитовые, Мюллера, Кауфмана)
	Промывные воды желудка центрифугируют и остаток засевают на среды.			
	Остатки подозрительного пищевого продукта (50—60 г) берут из разных мест в стерильную банку.	То же	То же	
	Испражнения (4—5 г) берут в стерильную пробирку или банку с глицериновой смесью (соотношение 1:3).	С 1-го дня болезни и до выздоровления	» »	В качестве экспресс-метода используют метод флуоресцирующих антител (МФА), при котором путем микроскопии нативных мазков из испражнений или микроскопии смывов с чашек Петри после предварительного проращивания на элективных средах уже в первые 2 дня исследования можно обнаружить возбудителей
	Мочу (20—30 мл) центрифугируют, осадок засевают на питательные среды.	То же	» »	
	Кровь (5—10 мл) берут из локтевой вены стерильным шприцем для посева на желчный бульон (50—100 мл) или среду Рапопорт (гемокультура).	С начала болезни и в течение всего лихорадочного периода	» »	
	Кровь (1—2 мл) берут из локтевой вены или пальца для РА и РПГА	С 8—9-го дня болезни для РА; с 3—5-го дня для РПГА	На следующий день	Большое практическое значение имеет РПГА с комплексным и групповым О-эритроцитарным сальмонеллезным диагностикумом
Сап	Берут стерильным ватным тампоном отделяемое из язв, слизистой оболочки носа; мокроту, пунктат абсцесса, пораженного лимфатического узла. Готовят мазки, красят по Граму и Романовскому. Посевы делают на глицериновый агар, картофель с глицерином или мясо-пептонный агар и др.	С 1-го дня болезни		Для идентификации возбудителя учитывают его биохимические свойства, агглютинабельность, патогенность для лабораторных животных. Морским свинкам, хомякам, кошкам (самцам) исследуемый материал вводят в/м. Через 3—5 дней у зараженного самца развивается орхит. В период разгара заболевания свинок забивают и производят бактериологическое исследование органов и тканей. Применяют метод флуоресцирующих антител и реакцию ализириновых суспензионных антител (РАСА)
	Кровь (2—4 мл) берут из вены для постановки РСК и РПГА. Исследования производят в динамике с учетом нарастания титра антител	С 7-го дня болезни	На следующий день	
Сибирская язва	При кожной форме у больных берут содержимое везикул, пустул, отделяемое карбункула, отторгнутый струп стерильной пипеткой, шприцем, стерильным тампоном в закрытую пробирку или наносят материал на стерильную фильтровальную бумагу. Готовят на двух предметных стеклах мазки.	С 1-го дня болезни	Предварительный ответ в тот же день после бактериоскопии, окончательный на следующий день	Мазки красят по Граму, анилиновыми красками, раствором Ребигера, по Пешкову. Материал засевают на мясопептонный агар и мясо-пептонный бульон

Название болезни	Материал, способы взятия, упаковка и транспортировка	Сроки взятия материала	Сроки получения результатов из лаборатории	Примечание
	При подозрении на легочную форму собирают мокроту в стерильную банку и готовят два мазка на предметных стеклах.	То же	То же	Для выделения чистой культуры исследуемый материал вводят под кожу морским свинкам или белым мышам (биологическая проба). Через 1—2 дня животные погибают. Для ускоренной диагностики используют иммунофлуоресцентный метод, для чего мазок из культур микробов обрабатывают люминесцентными сыворотками (выявляют споры и вегетативные формы)
	При подозрении на кишечную форму собирают в стерильные банки испражнения, рвотные массы, мочу (1—2 л).	» »	» »	
	При подозрении на любую форму сибирской язвы берут кровь (2—3 мл) стерильным шприцем из пальца или вены.	» »	» »	
	Сырье животного происхождения берут из разных мест (мясо, шерсть, волосы, щетина), направляют на исследование (20—30 г) для постановки реакции термопреципитации Асколи	» »	» »	Собранный материал (в стерильных банках, пробирках, мазки в чашке Петри) помещают в деревянный или железный ящик, который пломбируют или опечатывают сургучем. На крышке ящика делают надпись: «Верх, осторожно!» и с сопроводительным документом направляют в лабораторию
Сыпной тиф	Кровь (2—5 мл) берут из вены для постановки реакции агглютинации риккетсий (РАР), РСК, РНГА и реакции иммунофлуоресценции (РИФ)	С 5—7-го дня болезни	На следующий день	При получении низкого титра реакцию повторяют через 5—6 дней
Туляремия	При язвенно-бубонной, бубонной, глазо-бубонной, ангинозно-бубонной формах в стерильные пробирки или пастеровские пипетки берут пунктат бубонов.	С 1-го дня болезни до 14—20-го дня болезни	Предварительный ответ сразу после бактериоскопии, окончательный — на 4—6-е сутки	Основные лабораторные методы исследования — биологический и серологический. Заражают лабораторных животных (морская свинка, белая мышь), которые погибают от туляремии в течение 4—14 дней
	Соскоб со дна язвы.	С начала заболевания до 8—12-го дня. С начала заболевания до 15—16-го дня.		
	Отделяемое конъюнктивы, слизь из зева стерильным тампоном.			
	При легочной форме мокроту собирают в стерильные банки с притертой пробкой.	С 1-го дня болезни	То же	Кроме того, из взятого материала готовят мазки, красят, засевают на яичные среды
	При всех формах берут кровь из вены (5—10 мл) на гемокультуру.	С 1-го дня до 6-го дня болезни	» »	
	Кровь (2 мл) из пальца или вены берут для реакции агглютинации и РПГА.	С 1-го дня болезни	На следующий день	Реакцию агглютинации повторяют 2—3 раза с интервалом 5—6 дней.
	Исследуют трупы павших грызунов (предварительно их опускают в сосуд с керосином для уничтожения эктопаразитов). Материал для исследования — кусочки лимфатических узлов, легких, селезенки, кровь из сердца			При взятии материала, пересылке, исследовании, постановке биологической пробы соблюдают такие же меры предосторожности, как и при других особо опасных инфекциях
Туберкулез	Мокроту (суточную или утреннюю) собирают в банки с широким горлом.	С 1-го дня болезни	В тот же день после бактериоскопии	В лаборатории готовят мазки, ставят биологическую пробу на морских

Продолжение

Название болезни	Материал, способы взятия, упаковка и транспортировка	Сроки взятия материала	Сроки получения результатов из лаборатории	Примечание
				свинках и производят посевы на среды Гона, Петраньяна и др.
	Промывные воды желудка. К 3—5 мл промывных вод добавляют двойное по объему количество 6 % серной кислоты, центрифугируют и из осадка делают мазки, посев, ставят биологическую пробу.	То же	На следующий день	
	Суточную мочу, из осадка которой (после центрифугирования) делают посевы, мазки, ставят биологическую пробу.	» »	То же	
	Спинномозговую жидкость (по показаниям) в количестве 5—10 мл в стерильной пробирке ставят на холод на 24 ч. Из образующейся пленки делают посевы, мазки, ставят биологическую пробу	» »	» »	
Холера	Испражнения и рвотные массы (10—20 мл) собирают в стерильную широкогорлую банку, плотно закрывают пробкой и обвязывают двойным слоем пергаментной бумаги.	С 1-го дня болезни, повторно в течение болезни и период реконвалесценции.	Предварительный ответ через 6—12 ч, окончательный — через 36—48 ч.	Для ускоренной диагностики пользуются экспресс-методами: люминесцентно-серологическим, иммобилизации и макроагглютинации
	Желчь (берут при дуоденальном зондировании в лечебном учреждении) порции В и С	То же	То же	При взятии материала, пересылке и исследовании соблюдают такие же меры предосторожности, как и при других особоопасных инфекциях
	Материал от трупов (кусочки верхней, средней и нижней части тонкого кишечника длиной около 10 см, желчный пузырь) упаковывают в отдельные стерильные банки			
Чума	При кожно-бубонной форме материал для исследования берут из везикул, пустул, язв, карбункулов; при бубонной — берут пунктат из бубонов стерильными шприцами, готовят два мазка, производят посевы на агар с добавлением стимулирующих средств (кровь, стимулятор Капузиди, сульфат натрия) и на мясо-пептонный агар. При сильном загрязнении исследуемого материала к агару добавляют генциановый фиолетовый (1: :100 000). Заражают морских свинок или белых мышей.	С 1-го дня болезни	Предварительный ответ в тот же день после бактериоскопии, окончательный — на 2—3-й день после посева, по биологической пробе — на 3—9-й день	Для ускоренной лабораторной диагностики чумы применяют люминесцентно-серологический метод, позволяющий выявить возбудителя в течение первых 2 ч исследования. Забор материала производят в полном противочумном костюме I типа, соблюдая осторожность. Материалы герметически упаковывают в металлический ящик, пломбируют. Доверенное лицо с сопроводительной запиской на специальном транспорте доставляет материал в специальную противочумную лабораторию.
	При легочной форме берут слизь из зева, собирают мокроту в стерильную широкогорлую банку или специальный патрон для приготовления двух мазков, посева на питательные	То же	То же	

Название болезни	Материал, способы взятия, упаковка и транспортировка	Сроки взятия материала	Сроки получения результатов из лаборатории	Примечание
	среды, проведения биологической пробы. Исследуют патолого-анатомический материал (кровь из полости сердца, кусочки органов от трупов людей и грызунов, лимфатические узлы, костный мозг), блох.			
	При всех формах болезни берут кровь (5 мл) на гемокультуру.	С 1-го дня болезни		
	Для постановки реакций агглютинации РСК и РПГА берут 5 мл крови	С 5—6-го дня болезни	На следующий день	Серологические реакции проводят повторно с интервалом 5 дней до момента выписки из госпиталя
Энцефалиты вирусные	Для выделения вируса в лабораторию направляют кровь, спинномозговую жидкость, мозг умерших.	1-я неделя болезни		В лаборатории производят внутримозговое заражение новорожденных белых мышей исследуемым материалом.
	Кровь (2 мл) берут из пальца или вены для постановки реакции нейтрализации вируса на белых мышах, РСК и РТГА	С 10-го дня болезни	На следующий день	Применяют также метод тканевых культур с последующим использованием метода флуоресцирующих антител. Серологические исследования необходимо проводить с парными сыворотками с интервалом до 3 нед

Таблица 4

Наиболее часто применяемые дезинфицирующие средства

Наименование дезинфицирующего средства и краткая его характеристика	Концентрации растворов, применяемых в дезинфекционной практике	Способ приготовления растворов
Хлорная известь — белый порошок с резким запахом хлора. В воде растворяется не полностью. Выпускается трех сортов, в которых содержится 35, 32 и 28 % активного хлора. Хлорную известь необходимо хранить в сухом, темном и прохладном помещении в плотно закрытой таре. Хлорная известь, содержащая менее 15 % активного хлора, для дезинфекции непригодна	Концентрация осветленных рабочих растворов хлорной извести колеблется от 0,2 до 20 % в зависимости от характера обеззараживаемого объекта и устойчивости возбудителя	Для приготовления исходного 10 % осветленного раствора берут 1 кг сухой хлорной извести и доливают холодной водой до 10 л, перемешивают деревянной палкой и затем отстаивают в течение суток. Через сутки осветленный раствор процеживают через плотную ткань, а осадок выбрасывают. Исходный 10 % осветленный раствор хранят в бутылях темного стекла, закрытых деревянными пробками, в сухом, хорошо вентилируемом помещении не более 10 дней. Из исходного 10 % раствора (осветленного) хлорной извести готовят рабочие растворы. Например, для приготовления 0,2 % раствора хлорной извести берут 200 мл (1 стакан) исходного осветленного 10 % раствора на ведро (10 л) воды, для приготовления 0,5 % осветленного раствора — 500 мл (поллитровая банка) и т. д.
Хлорамин — порошок кремового цвета, содержащий 27—28 % активного хлора. Растворяется в воде при комнатной температуре до 20 %	Концентрация водных растворов хлорамина колеблется от 0,2 до 5 %	Для приготовления 5 % раствора 500 г хлорамина растворяют в 10 л воды.
Двутретиосновная соль гипохлорита кальция (ДТСГК) — белый кристаллический порошок, содержащий 47—57 % активного хлора	Концентрация водных растворов ДТСГК колеблется от 0,1 до 1 %	Для приготовления 1 % раствора берут 100 г препарата на 10 л воды.
Нейтральный гипохлорид кальция (НГК) — кристаллический порошок, содержащий 47—56 % активного хлора	Применяется в виде 1—1,5 % растворов	Для приготовления 1 % раствора берут 100 г препарата на 10 л воды.
Хлорбетанафтол — бело-желтоватый кристаллический порошок, нерастворимый в воде. В дезинфекционной практике применяют пасту, содержащую 33 % концентрата препарата. Концентрат состоит из 1 части хлорбетанафтола и 2 частей зеленого калийного мыла	Применяют в виде 0,5—1 % водно-мыльных эмульсий	Для приготовления 1 % водно-мыльной эмульсии берут 300 г 33 % концентрата на 10 л воды.
Гипохлорит лития — белый порошок, содержащий 40—50 % активного хлора	Применяют в виде 0,5 % растворов	Для приготовления 0,5 % раствора берут 50 г препарата на 10 л воды
Сульфохлорантин — белый порошок, содержащий 15, 6 % активного хлора	Применяют в виде 1—2,5 % растворов	Для приготовления 1 % раствора берут 100 г, а для 2,5 % — 250 г препарата на 10 л воды
Хлордезин — белый порошок, содержащий 10—12 % активного хлора	Применяют в виде 2 % растворов	Для приготовления 2 % раствора берут 200 г препарата на 10 л воды
Дихлор-1 — порошок белого или желтого цвета, содержащий 7 % активного хлора	Применяют в виде 3 % растворов	Для приготовления 3 % раствора берут 300 г препарата на 10 л воды
Фенол (кристаллическая карболовая кислота) — бесцветные кристаллы с резким запахом. Хранить фенол следует в хорошо закрытых банках темного стекла	Применяют в виде 3 —5 % водных растворов	Для приготовления 5 % раствора берут 500 г фенола на 10 л воды
Лизол — смесь равных количеств фенола и зеленого калийного мыла	Применяют в виде 5—10 % водных растворов	Для приготовления 10 % раствора берут 1 кг лизола на 10 л воды

Аборт 208
— трубный 211
Абсцесс 132
— аппендикулярный 133
— дна полости рта 310
— заглоточный 285
— крылочелюстного пространства 310
— легкого 4
— острый 4
— хронический 4
— мозга 133, 258
— носовой перегородки см. *Гематома носовой перегородки*
— одонтогенный 310
— паратонзиллярный см. *Ангина флегмонозная*
— печени 4,133
— поддиафрагмальный 134
— поднадкостничный 310
— позади верхней челюсти 310
— твердого неба 310
— челюстно-язычного желобка 310
— щеки 310
— языка 310
Авитаминоз 4
— А 4,295
— B_1 5
— B_2 5
— B_3 см. *Авитаминоз PP*
— B_6 5
— D 6
— C 5
— PP 5
Автоклав 129
Агранулоцитоз 6
Адамса — Стокса — Морганьи синдром см. *Аритмии сердца*
Аденовирусная инфекция 96
Аденоиды 285
Аддисона болезнь 6
— — нарушения психические 282
Аднексит см. *Сальпингоофорит*
Адрено-генитальный синдром 7,244
Акне 319
Акромегалия 7
— нарушения психические 282
Актиномикоз 134, 319
— челюстно-лицевой области 311
Алкоголизм, стадии 266
— хронический 266
Алкогольный галлюциноз 268
— делирий 268
Алкогольное опьянение 266
— — патологическое 268
Алкогольные психозы 267
Аллергия см. *Анафилактический шок, Отек Квинке, Крапивница*
Аллергозы кожи 320
Алопеция 327
Альвеолит 311
Альвеолярная пиорея 314
Альгоменорея 244
Амебиаз 68,395
— материал для исследования 414
Аменорея 244
Амилоидоз 7
Анафилактический шок 7
Анаэробная инфекция 135
Ангина (ы) инфекционные 285
— катаральная 285
— лакунарная 286
— Людовика 286
— фолликулярная 286
— язвенно-пленчатая 286
Ангиома 135
— кожи 320
Ангиоретинопатия гипертоническая 295
Аневризма аорты см. *Атеросклероз*
— артерий 136
— сердца см. *Инфаркт миокарда*
Анемия (и) 8
— апластическая 9
— B_{12} и фолиево-дефицитная 8
— гемолитическая 8
— гипопластическая 9
— железодефицитная см. *Анемия постгеморрагическая хроническая*
— от кровопотери острой 8
— постгеморрагическая хроническая 8
— у детей 189
— — — железодефицитная 189
Анкилоз 136
Анкилостомоз 21
Аномалия (и) положения половых органов 245
— развития половых органов 244
Анорексия у детей 190
Антидотная терапия отравлений 378
Антисептика 130
— в акушерстве 209
Антисептический материал 131
Антисептические средства 130
Антропометрия 347
Анурия 9
Аплазия влагалища 245
— матки 245
Аппендицит 136
— острый 136
— хронический 137
Арахноидит 258
Аритмия мерцательная 10
Аритмия сердца 9
— синусовая 9
Арренобластома яичника 253
Артериальное давление, измерение 358
Артериального протока незаращение 49
Артрит гнойный 137
Асбестоз 45
Асептика 127
— в акушерстве 209
Аскаридоз 21
Астигматизм см. *Рефракция*
Астма бронхиальная 11
— у детей 190
— сердечная 12, см. также *Отек легких*
Асфиксия 137
— новорожденных 210
— плода 209
Асцит 138
Атаксия 258
Ателектаз легких 13
— — у детей 183
Атерома 138
Атеросклероз 14
— сосудов мозга головного 258
— — — — психические нарушения 269
Атрезия желчных путей 183
— пищевода 183
Атрофия зрительного нерва 295
— печени острая 26
Аутогемотерапия 347
Афазия 258
Ахалазия пищевода см. *Кардиоспазм*
Аэроионотерапия 375

Базалиома 320
Базедова болезнь 14
Баланит 320
Банки 348
Белая горячка 268
Бельмо роговицы 296
Бенье — Бека — Шауманна болезнь см. *Саркоидоз*
Беременность 212
— внематочная 211
— диагностика 212
— определение сроков 236
— шеечная 213
Беременные, гигиена 214
— охрана труда 224
Бери-бери см. *Авитаминозы, недостаточность* витамина B_1
Бесплодный брак 246
Бессонница 258
Бехтерева болезнь 15
Бехчета синдром 15
Бешенство 69
— сроки профилактических прививок 403
Бленнорея см. *Конъюнктивит гонококковый*
Блефарит 296
Блефароспазм 296
Близорукость см. *Рефракция*
Блокада внутрижелудочковая 11
— предсердно-желудочковая 11
— сердца 11
Боковой амиотрофический склероз 258
Болезнь (и) Аддисона 6
— Бехтерева 15
— Брилля 103
— бронхоэктатическая 16
— гипертоническая 19
— гипотоническая 21
— Иценко — Кушинга 29
— периода новорожденности 183
— периодическая 43
— Рандю — Ослера 17
— Реклингхаузена 19
— сывороточная 59
— Шенлейна — Геноха 17
Боли в животе у детей 191
Больной, гигиена 342
Боровского болезнь 321
Бородавки 320
— остроконечные 324
Баталлова протока незаращение 49
Боткина болезнь см. *Гепатит вирусный*
— — нарушения психические 278
Ботулизм 71, 395
— материал для исследования 414
— сроки прививок 405
Брадикардия синусовая 9
Брак бесплодный 246
Бред ревности алкогольный 267
Бреннера опухоль 253
Брилля болезнь см. *Сыпной тиф*

Бронхиальная астма II
— у детей 190
Бронхит астматический у детей 191
— острый 15
— — у детей 191
— хронический 15
— — у детей 191
Бронхопневмония см. *Пневмония очаговая*
— очаговая новорожденных 186
Бронхоэктатическая болезнь 16
Бруцеллез 72, 395
— материал для исследования лабораторного 414
— нарушения психические 271
— сроки прививок 405
Брюшной тиф 74
Бужирование 348
Бурсит 138

Вагинизм 246
Вагинит 247
Ванны водолечебные 367
Варикозное расширение вен нижних конечностей 138
— — — семенного канатика 139
Вариолоид 96
Васкулит геморрагический 17
Вегенера синдром 16
Вегетососудистая дистония 259
Веки, выворот 297
— заворот 299
— опухоли 304
Венепункция 349
Венерические болезни, организация борьбы 340
Венесекция 350
Верльгофа болезнь см. *Геморрагические диатезы*
Весенний катар глаз 296
Ветряная оспа 75
Вирусный гепатит 76
Витилиго 321
Вливание внутривенное 350
Внутримышечные инъекции 351
Водные процедуры 351, 367
Водобоязнь см. *Бешенство*
Водолечение 367
Водянка беременных 213
— головного мозга 259
— желчного пузыря 139
— живота см. *Асцит*
— яичка 140
Волчанка красная 321
— — системная 56
Волчья пасть 140
Воспаление брюшины 140
— гортани см. *Ларингит острый*
— зрительного нерва 296
— оболочки радужной 297
— придаточных пазух носа 287
— слюнных желез см. *Паротит, Сиалоаденит*
— цилиарного тела 297
Вульвит 246
Вульвовагинит 247
Вшивость 328
Вывих 141
— бедра врожденный 142
— нижней челюсти 141, 311
— плеча 141
— сустава локтевого 141
— — привычный 142
— тазобедренного 141
Выкидыш 208
Выпадение прямой кишки 142
— пуповины 214

Газоотведение 352
Гайморит см. *Воспаление придаточных пазух носа*
— одонтогенный 312
Гайморова пазуха, перфорация дна 316
Галлюциноз реактивный 277
Гальванизация 371
Ганглий 142
Гангрена 142
— газовая 135
— легкого 4
— пуповинного остатка 187
Ганзеровский синдром 277
Гастрит острый 16
— хронический 16
Гебефрения 281
Гемартроз 143
Гематома 143
— носовой перегородки 287
Гематурия 143
Гемералопия 297
Гемолитическая болезнь новорожденных 183
Геморрагическая болезнь новорожденных 184
— лихорадка с почечным синдромом 78
Геморрагические диатезы 17
Геморрагический нефрозонефрит 78
Геморрой 143
Гемофилия 17
Гемохроматоз 18
Jenuvalgum 145
— varum 145
Гепатит вирусный 76, 396
— — сроки профилактических прививок 406
— острый 17
— хронический 18
Гиалиновые мембраны легких 184
Гигрома см. *Ганглий*
Гидраденит 143
Гидронефроз 144
Гидроторакс 19
Гидроцефалия 259
Гидрофобия см. *Бешенство*
Гименолепидоз 21
Гинатрезия 244
Гингивит 312
Гипервитаминоз А 19
— D 204
Гипервитаминозы 19
Гипергидроз 322
Гиперкератоз 327
Гипертоническая болезнь 19
— — психические нарушения 269
Гипертрофия предстательной железы 144
Гиповитаминоз 4
Гипопаратиреоз 59
Гипотиреоз см. *Микседема*
Гипотоническая болезнь 20
Гипотрофия у детей 192
Гиршпрунга болезнь 192
Глаукома 298
Глистные заболевания 21
Глухонемота 288
Головная боль 259
Головокружение 259
Гонит 144
— туберкулезный 167
Гонобленнорея новорожденных 215
Гонорея 339
— у девочек 250
— — женщин 249
Гортань, опухоли 291
— — доброкачественные 291
— повреждения 292
Горчичники 352
Градина 309
Грелка 352
Грипп 79
— материал для исследования лабораторного 415
— психические нарушения 270
— сроки профилактических прививок 406
Грудное вскармливание ребенка 175
Группы крови, определение 361
Грыжа 144
— бедренная 144
— белой линии живота 145
— паховая 145
— послеоперационная 145
— пупочная 145
— пупочного канатика 188
— ущемленная 145
Грязеглинолечение 368

Дальнозоркость см. *Рефракция*
Дакриоцистит 299
Дарсонвализация 374
Двойня 215
Дебильность 275
Депрессия невротическая 274
— реактивная 277
Дерматит 322
— эксфолиативный Риттера 184
Дерматозы беременных 216
Дерматомиозит 23
Детский возраст, периоды 173
— церебральный паралич 259
Дефект перегородки межжелудочковой 49
— — межпредсердной 49
Деформация коленного сустава 145
— шейки бедра 145
Деформирующий артрит см. *Остеоартроз деформирующий*
Диабет несахарный 24
— сахарный 24
Диадинамические токи 371
Диатез экссудативно-катаральный 193
Дивертикул пищевода 145
Диеты 344
— специальные 346
Дизентерия 81, 396
— амебная 68
— материал для исследования 415
— проба аллергическая 407
Диплопия 299
Дисгерминома 253
Дисгидроз 322
Диспансер противотуберкулезный 124
Диспепсия простая 194
— токсическая см. *Токсический синдром у детей*
Дистрофия адипозо-генитальная 25
Дискинезия желчных путей 25
Дистрофия миокарда 25
— мышечная прогрессирующая 261
— печени жировая 26
— острая (подострая) 26
— печени у беременных острая желтая 217
Дифиллоботриоз 21
Дифтерия 82, 398
— материал для исследования 415
— сроки прививки 407
Диффузные заболевания соединительной ткани см. *Коллагеновые болезни*
Дрожательный паралич 259
Дубина — Джонсона синдром 27
Дыхательная недостаточность 34

Жгут 352
Желтуха 26
— беременных 216
— гемолитическая 26
— доброкачественная 27
— механическая 26
— новорожденных 183
— паренхиматозная 26
Желудочная секреция, исследование беззондовое 355
Желудочное содержимое, отсасывание 360
Желчнокаменная болезнь 27
Желчный проток, закупорка 146
Жильбера синдром 27

Заворот кишечника 146
Задержка мочи 146
— — послеродовая 219
— яичка 146
Заикание 259
Занос пузырный 217
Запах изо рта 312
Запор 27
— у детей 195
Застойный диск зрительного нерва 299
Заушница 146
Заячья губа 146
Злокачественные опухоли, нарушения психические 278
Зоб диффузный токсический см. *Базедова болезнь*
— эндемический 27
Зондирование дуоденальное 353
— желудка 354
Зубная боль 312
Зубной камень 312
Зубы мудрости, затрудненное прорезывание 312

— прорезывание 316
Зуд беременных см. *Дерматоз беременных*
— кожи 322

Идиотия 274
Иерсиниоз 84
Икота 259
Имбецильность 274
Импетиго 323
Ингаляция 355
Индуктотермия 374
Инородное тело бронхов 288
— — гортани 288
— — дыхательных путей 147
— — мочевого пузыря 147
— — мягких тканей 147
— — носа 288
— — пищевода 147
— — прямой кишки 147
— — роговицы 307
— — трахеи 288
— — уха 288
Инсульт геморрагический 259
— ишемический 260
Инфантилизм кишечный 195
Инфаркт легкого 27
— миокарда 28
— мозга см. *Инсульт ишемический*
Ипохондрия 274
Иридоциклит 297
Искривление пальца стопы 148
— перегородки носовой 288
Искусственное вскармливание детей 178
— дыхание 355
— кормление 344
Истерия 273
Истощение 29
Ихтиоз 322
Иценко — Кушинга болезнь 29
— — — нарушения психические 283
Ишемическая болезнь сердца см. *Атеросклероз, Стенокардия, Инфаркт миокарда*
Ишиас 262
Ишурия послеродовая 219

Камни мочевого пузыря 148
Кандидамикоз 323
Капилляротоксикоз 17
Карбункул 148
Кардиомиопатия 29
Кардиосклероз атеросклеротический 30
Кардиоспазм 30
Кариес 312
Карликовость гипофизарная 30
Карликовый цепень 21
Карциноидный синдром 30
Катаракта 299
Катетеризация мочевого пузыря 355
Кахексия 29
— диэнцефально-гипофизарная 31
Келоид 323
Кератит 300
Кератоконъюнктивит аденовирусный 302
— фликтенулезный 301
Кефалогематома 185
Кислородная терапия 356
Киста бартолиниевой железы 252
— влагалища 252
— параовариальная 252
— фолликулярная 252
— челюсти 313
— яичника 252
— — дермоидная 254
Кистома яичника 252
Кистофиброз поджелудочной железы 196
Кишечная непроходимость 146, 147
Кишечник, заворот 146
— инвагинация 147
— прободение 160
Кишечные коли-инфекции, материал для исследования 415
Кишка прямая, выпадение 142
Клизмы 356
Климакс 31
Климактерий 255
Климактерический невроз 31
— синдром 255
Клонорхоз 22
Коарктация аорты 49
Колит неспецифический язвенный 32
— острый 31
— хронический 31
Коклюш 87, 398
— материал для исследования 416
— сроки прививок 407, 408
Coxa valga 145
— vara 145
Коллагеновые болезни 32
— — у детей 195
Коллапс 57
Кома 260
— гипогликемическая 24
— диабетическая 24
Компресс 358
Кондиломы остроконечные 247, 324
Конская стопа 150
Консультация женская 242
Контрактура 148
— артрогенная 149
— врожденная 148
— голеностопного сустава 150
— дерматогенная 148
— Дюпюитрена 150
— миогенная 149
— неврогенная 149
— ожоговая 149
— профессиональная 149
— сухожильная 149
— условнорефлекторная 149
Конъюнктивит 302
— гонококковый 302
Корсаковский психоз 268
Корь 88, 399
— сроки прививок 408
Косоглазие 303
Косолапость 150
Крапивница 324
Краснуха 89, 399
Крауроз вульвы 256
Кретинизм 33
Кривошея 151
Криотерапия 358
Крипторхизм см. *Задержка яичка*
Кристиана — Вебера болезнь 33
Кровоизлияние в мозг 259
— внутричерепное у новорожденных 185
— субарахноидальное 260
Кровопускание 358
Кровотечение 151
— артериальное 151
— венозное 151
— во время беременности см. *Аборт, Беременность внематочная, Занос пузырный, Предлежание плаценты, Преждевременная отслойка плаценты, Пуповины обвитие, Разрыв матки*
— в послеродовом периоде 219
— в родах 219
— желудочное 33
— желудочно-кишечное 151
— капиллярное 151
— кишечное 33
— легочное 33, 121
— маточное 256
— — дисфункциональное 251
— носовое 288
— — у детей 195
— паренхиматозное 151
— после удаления зуба 313
Кровохарканье 33, 121
Кровь, резус-принадлежность 361
Крона болезнь 33
Круп истинный гортанный см. *Дифтерия*
— ложный гортанный 289
— — у детей 195
Крыловидная плева см. *Птеригиум*
Куриная слепота 297

Лабиринтит 289
Лагофтальм 303
Ларингит острый 289
— хронический 289
Ларингоспазм см. *Рахит, Спазмофилия*
Ларинготрахеит стенозирующий крупозно-вирусный 289
Легкие, ателектаз 13
Легочная недостаточность 34
Легочное сердце острое 34
— — хроническое 34
Легочной артерии сужение 49
Легочно-сердечная недостаточность 122
Лейкодерма 325
Лейкоз(ы) 35
— острый 35
Лейкоплакия 256
Лейшманиоз кожный 89, 321
— материал для исследования 416
Лекарства, порядок назначения 358
Лекарственная болезнь 35
Лентец широкий см. *Дифиллоботриоз*
Лепра 324
Лептоспироз 90, 399
— материал для исследования 416
— прививки 408
Леффлера синдром см. *Эозинофильная пневмония*
Лечебное питание 343
Лимфаденит 152
Лимфангит 152
Лимфогранулематоз 36
Лимфолейкоз хронический 36
Лимфосаркома кожи 331
Липома 152, 325
Листериоз 185
Лихорадка Ку 90
— — материал для исследования 416
— прививки 408
Лишай красный плоский 325
— опоясывающий 325
— пузырьковый простой 326
— розовый 325
— чешуйчатый 329
Ложный сустав 152
Лохии, задержка 217
Лохиометра 217
Лямблиоз 36

Малярия 91, 399
— материал для исследования 417
— психические нарушения 270
Маниакально-депрессивный психоз 271
Мастит лактационный 221
— послеродовой 221
Мастоидит острый 289
Мастопатия 152
Материал для швов 129
Медиастинит 152
Меланобластома сосудистого тракта 304
Меланома кожи 326
Меланхолия инволюционная 275
Менингеальный синдром 260
Менингит гнойный 260
— менингококковый эпидемический 93
— нарушения психические 276
— серозный 260
— туберкулезный 116, 260
Менингококковая инфекция 93, 399
— — материал для исследования 417
Меноррагия 251
Меньера болезнь 290
Мерцание желудочков сердца 11
Мерцательная аритмия 10
Метеоризм 36
Метрит 248
Метроррагия 251
Миастения 261
Мигрень 261
Миелит 261
Миелолейкоз хронический 35
Миеломная болезнь 37
Микоплазменная респираторная инфекция 97
Микроволновая терапия 375
Микроспория 326
Микседема 37
— нарушения психические 282
Миндалины небные, гипертрофия 288
Миокардиодистрофия см. *Дистрофия миокарда*
Миокардит 37
— идиопатический Абрамова — Фидлера 38

— острый 37
— хронический 38
Миома матки 252
Миопатия 261
Миопия 306
Молочница 185
Монилиаз см. *Молочница*
Мононуклеоз инфекционный 85
Морфинизм 272
Мочекаменная болезнь 38
Муковисцидоз 196
Мутизм 277

Надпочечники, недостаточность хроническая 6
Нанизм см. *Карликовость гипофизарная*
Наркомания 272
Насморк атрофический 290
— вазомоторный 290
— зловонный 290
— хронический 290
Невралгия межреберная 262
— тройничного нерва 261
Неврастения 274
Неврит(ы) 261
— нерва бедренного 262
— — лицевого 261
— — локтевого 262
— — лучевого 261
— — седалищного 262
— — слухового 291
— — срединного 262
— — ретробульбарный 305
Невроз(ы) 273
— ипохондрический 274
— истерический 273
— навязчивых состояний 274
Неврома 153
Невус 326
Недержание мочи 153
— — ночное 196, 262
Недоношенные дети 181
— вскармливание 182
— уход 182
Недостаточность клапана аортального 51
— — митрального 50
— — трехстворчатого 51
— почечная острая см. *Уремия острая*
— хроническая см. *Уремия хроническая*
— сердечная 55
Нейродермит 327
Нейроревматизм 262
Нейросифилис 262
Нейротоксикоз у детей 207
Некатороз 21
Некроз подкожной клетчатки асептический 186
Некронефроз см. *Уремия острая*
Непроходимость кишечника 153
Несахарное мочеизнурение 24
Нефрит острый 38
— подострый 39
— терминальный 39
— хронический 39
— латентный 39
Нефроз см. *Нефротический синдром*
Нефропатия беременных 221
Нефроптоз 40
Нефротический синдром 40
Никотиновая кислота, передозировки острые симптомы 19
Нистагм 303
Новорожденности период см. *Новорожденные*
— — альбуминурия 180
— — мочекислый инфаркт почки 180
— — половые кризы 180
— — транзиторная лихорадка 180
— — физиологическая желтуха 180
— — потеря массы тела 180
— — эритема 181
Новорожденные 179
— принципы ухода и гигиены в домашней обстановке 181
— туалет 239
Ноготь вросший 154
Нома 154
Нос, повреждения 292

Обезболивание родов 221
Облысение 327
Обморок 57, 262
Ожирение 40
Ожог 154
— глаз 303
— пищевода 154
Озена см. *Насморк зловонный*
Озокеритолечение 369
Околоушная железа, воспаление 146
Олигофрения 274
Омозолелость 327
Омфалит 188
Онейроидная кататония 281
Операционное поле, подготовка 128
Описторхоз 22
Опрелость 186, 327
Опухоли влагалища доброкачественные 251
— мозга головного 263
— — — нарушения психические 274
— — спинного 263
— сосудистого тракта глаз 304
— челюстно-лицевой области 313
Опущение влагалища 245
— матки 245
Орнитоз 94
— материал для исследования 418
— проба аллергическая 409
Орхит 155
Оспа ветряная 399
— натуральная 95
— материал для исследования 418
Остеоартроз деформирующий 40
Остеодистрофия гиперпаратиреоидная фиброзная 19
Остеомиелит 155
— челюсти одонтогенный 314
Острые респираторные заболевания (ОРЗ) 96
— — — материал для исследования 415
Острый живот 156
Отек Квинке 41
— легких 41
Отит см. *Воспаление среднего уха*
Отморожение 156
Отосклероз 291
Отравление(я) алкоголем см. *Отравление спиртом этиловым*
— амидопирином 381
— аминазином 382
— анилином 382
— антабусом 382
— антидотная терапия 378
— антикоагулянтами 382
— антифризом 380
— атропином 382
— ацетоном 382
— барбитуратами 381
— барием 382
— беленой 382
— белладонной 382
— беллоидом 382
— бромом 383
— гексохлораном 386
— грибами ядовитыми 383
— ДДТ 386
— денатуратом см. *Отравление этиленгликолем*
— детойлем 386
— диметилфталатом 383
— дихлорэтаном 380
— дурманом 382
— жидкостью антикоррозийной 380
— — тормозной 380
— — этиловой 385
— йодом 383
— калием цианистым см. *Отравление синильной кислотой*
— калия перманганатом 383
— карбофосом см. *Отравление фосфорорганическими соединениями*
— кислотой азотной см. *Отравление кислотами крепкими*
— — карболовой 386
— — салициловой 384
— — синильной 384
— — соляной см. *Отравление кислотами крепкими*
— кислотами крепкими 383
— ляписом 384
— меди сульфатом 383
— мепротаном 383
— морфином 383
— мышьяком 384
— натром едким см. *Отравление щелочами едкими*
— никотином 384
— нитратом серебра 384
— общие принципы неотложной помощи 377
— окисью углерода 381
— организация оказания помощи 379
— пантопоном см. *Отравление морфином*
— пахикарпином 384
— промедолом см. *Отравление морфином*
— пропанолом см. *Отравление ацетоном*
— психотропными средствами 381
— растворителями красок 380
— реопирином см. *Отравление амидопирином*
— ртутью см. *Отравление сулемой*
— свинцовыми белилами 384
— селитрой см. *Отравление анилином*
— скипидаром 385
— снотворными 381
— содой каустической 383
— солью бертолетовой 383
— спиртом древесным см. *Отравление спиртом метиловым*
— — метиловым 380
— — этиловым 380
— спорыньей 385
— стрихнином 385
— сулемой 385
— сульфаниламидами 385
— тетрахлорметаном 380
— тетраэтилсвинцом 385
— тетурамом 382
— тиофосом см. *Отравление фосфорорганическими соединениями*
— триоксазином 381
— угарным газом 381, 385
— углеводородом четыреххлористым 380
фенолами 386
— формальдегидом см. *Отравление спиртом метиловым*
— фосфорорганическими соединениями (ФОС) 381
— фреоном 380
— фторидом натрия 386
— хинином 386
— хлорированными углеводородами 380
— хлором 386
— хлорофосом см. *Отравление фосфорорганическими соединениями*
— щелочью едкой 387
— эссенцией уксусной 381
— этиленгликолем 380
Отслойка сетчатки 304
Офтальмия симпатическая 306

Панариций 157
Панкреатит 157
— острый 158
— хронический 158
Панникулит см. *Кристиана — Вебера болезнь*
Паннус см. *Трахома*
Панофтальмит 304
Папиллома 158
Парагрипп 96
Паракоклюш 398
Паралич бульбарный 259
— гортанных мышц 291
Параметрит 248
Паранефрит 158
Параноид инволюционный 275
— острый реактивный 277
Парапроктит 158
Парапсориаз 328
Паратиф А и В 97, 395
— материал для исследования 414
Парафимоз 158
Парафинолечение 369
Парез гортанных мышц 291
Пародонтоз 314

Паронихия 158
Паротит 146
— неэпидемический 314
— эпидемический 97, 400
— — прививки 409
Парша 332
Педикулез 328
Пелларга, нарушения психические 278
Пельвиоперитонит 248
Пемфигус 186
Псориаз 329
Переливание крови и кровезаменителей 360
— — осложнения 362
— — проба биологическая 362
— — проба на совместимость индивидуальную 361
— — — — — — по резус-фактору 361
Перелом кости 159
— челюсти 314
Периартериит пупочной артерии 188
Перикардит 42
Перикоронарит 312
Периодическая болезнь 43
Периодонтит 315
Периостит 159
— гнойный 310
— орбиты 305
Перитонит 140
Перихондрит гортанных хрящей 291
Песь см. *Витилиго*
Печеночная колика см. *Желчнокаменная болезнь*
Пигментная дистрофия сетчатки 305
Пиелит 43
— беременных 224
— у детей 197
Пиелонефрит 43
— беременных 224
— у детей 198
Пилороспазм 186
Пилоростеноз 186
Пиодермия 328
Пионефроз 159
Питание детей 175
Пищевая токсикоинфекция 98
Пищевод, прободение 160
Пиявки 362
Плазмацитома см. *Миеломная болезнь*
Плацента, задержка выделения 217
Плеврит 44
— геморрагический 45
— гнойный 45
— сухой 44
— туберкулезный 120
— экссудативный 44
Плешивость см. *Облысение*
Плод, выпадение мелких частей 213
— определение доношенности 216
— положение косое, поперечное 225
Плоскостопие 159
— у детей 198
Пневмокониоз 45
Пневмония ателектатическая 187
— внутриутробная 187
— интерстициальная острая новорожденных 187
— крупозная 45
— новорожденных 186
— очаговая 46
— психические нарушения 270
— у детей затяжная 200
— — — очаговая острая 198
— — — рецидивирующая 200
— — — токсико-септическая 199
— — — хроническая неспецифическая 200
— хроническая интерстициальная 46
— эозинофильная 65
Пневмосклероз 46
Пневмоторакс 47
— клапанный 47
— спонтанный 47, 120, 122
Подагра 47
Поворот плода 225
Повреждения органов брюшной полости закрытые 159
Подкожное вливание 351
Позвоночник, вывих 160
— перелом 160
— повреждения 160
— растяжение и разрыв 160
Полиартрит инфекционный неспецифический см. *Ревматоидный артрит*
— специфический 48
Поликистоз почек 48
Полиневриты 263
Полиомиелит 263, 400
— материал для исследования 418
— прививки 409
Полип гортани 291
— носа 292
— уха 292
— шейки матки 256
Полипоз эндометрия 256
Полирадикулоневрит поствакцинальный 263
Полицитемия см. *Эритремия*
Половое созревание, нарушения 256
Понос 48
Порок(и) сердца врожденные 48
— — комбинированный 51
— — митрально-аортальный 51
— — приобретенные 50
— — сочетанный 52
Порфириновая болезнь 52
Порфирия кожная поздняя 52
— острая интермиттирующая 52
Послеоперационный период 131
Послеродовой период 226
Послеродовые заболевания инфекционные 228
Посткастрационный синдром 256
Потница 329
Почесуха 329
Почечная колика 52
Почка блуждающая 15
— подвижная 15
— повреждения 160
Предлежание плаценты 230
— плода головное неправильное 231
— — тазовое 232
Предменструальный синдром 257
Предоперационная подготовка 131
Предстательная железа, гипертрофия 144
Преждевременная отслойка плаценты 231
Пресбиопия 305
Преэклампсия 240
Придаточные пазухи носа, воспаление 286
Прободение желудка 160
— желчного пузыря 160
— кишечника 160
Прогрессивный паралич 276
Проказа 324
Пролапс митрального клапана 52
Пролежень 161
Промывание желудка 363
— мочевого пузыря 364
Прорезывание зубов 316
Простатит 161
Противозачаточные средства 241
Псевдоартроз см. *Ложный сустав*
Псевдодеменция 277
Психастения 278
Психически больные, уход 283
— — реабилитация социальная 284
— — транспортировка 283
Психогенный ступор 277
Психоз(ы) инволюционные 275
— интоксикационные 271
— инфекционные 270
— истерический острый 277
— предстарческие см. *Психозы пресенильные*
— пресенильные 275
— реактивные 276
— старческие 279
— травматические 279
— циркулярный см. *Маниакально-депрессивный психоз*
Психопатия 277
— ананкастная 278
— астеническая 277
— аффективная 277
— возбудимая 277
— истерическая 278
Психотерапия 283
Птеригиум 305
Пузырный занос 217
Пузырчатка 330
— новорожденных эпидемическая 329
Пульпит 316
Пульс 359
Пункция брюшины 364
— плевры 365
Пуповины обвитие 233
Пупок, заболевания 187
— мокнущий 188
Пуэрилизм 277

Радикулит 263
Рандю — Ослера болезнь см. *Телеангиэктазия наследственная геморрагическая*
Разрыв матки 234
— мениска коленного сустава 161
— промежности 234
— связок сустава частичный 164
— сухожилия 161
Рак 161
— века 304
— влагалища 254
— вульвы 254
— гортани 292
— губы 161
— желудка 162
— кожи лица 161
— легкого 162
— маточной трубы 255
— молочной железы 162
— носа 291
— пищевода 162
— прямой кишки 162
— тела матки 255
— шейки матки 254
— языка 162
— яичников 255
Ранение глаза 307
— грудной клетки 163
— живота 163
— плевры 163
— сердца 164
— черепа и мозга 164
Раны 162
Рассеянный склероз 263
Растяжение связок суставов 164
Рахит 6, 201
— поздний 203
Рвота 52
— беременных 235
Реабилитация социальная психически больных 284
Реанимация сердечно-легочная при отравлениях 379
Ревматизм 53
— нарушения психические 271
Ревматоидный артрит 54
— ювенильный см. *Стилла синдром*
Ревмокардит см. *Ревматизм*
Рейно синдром 54
Рейтера синдром 54
Реклингхаузена болезнь 19
Рентгенологическое исследование, подготовка больного 363
Реовирусная инфекция 97
Респираторно-синцитиальная инфекция 97
Ретинопатия диабетическая 305
Рефракция 305
Риккетсиоз клещевой Северной Азии 86
Риновирусная инфекция 97
Риносклерома см. *Склерома дыхательных путей*
Родильный дом колхозный 242
Родимое пятно 326
Родовая травма внутричерепная 189
Роды запоздалые 218
— защита промежности 218
— обезболивание 221
— определение сроков 236
— преждевременные 231
— слабость родовой деятельности 236
Рожа 99
Рубромикоз 331
Рыбья чешуя см. *Ихтиоз*

Сальмонеллез см. *Токсикоинфекция пищевая*

— материал для исследования 419
Сальпингоофорит 248
Санитарный режим акушерской койки 235
Сап 400
— материал для исследования 419
— проба аллергическая 409
Саркоидоз 55
Саркома 164
— влагалища 254
— вульвы 254
— кожи 331
— матки 255
— носа 291
— орбиты 304
Сахарный диабет 24
— — изменения психические 283
Светолечение 369
Свинка 97
Свищ(и) 164
— пупочный 188
Сдавление мозга 264
Себорея 331
Сепсис новорожденных 188
— отогенный 292
— риногенный 293
Септикопиемия 165, 188
— послеродовая 229
Септицемия 188
— послеродовая 229
Сердечная астма 12
— недостаточность 55
Сердечно-сосудистые заболевания, нарушения психические 278
Серная пробка 293
Сетчатка, непроходимость сосудов острая 303
Сетчатка, опухоли 304
Сиалоаденит подчелюстной 317
Сибирская язва 100
Сикоз 331
Силикатоз 45
Силикоз 45
Симмондса болезнь 31
Синдром адрено-генитальный 7
— Бехчета 15
— Вегенера 16
— Дубина — Джонсона 27
— Жильбера 27
— нефротический 40
— Рейно 54
— Рейтера 54
— сухой см. *Шегрена синдром*
— токсический у детей 205
Синехии внутриматочные 257
— малых половых губ 257
Сирингомиелия 263
Системная красная волчанка 56
Сифилис 336
— мозга, нарушения психические 279
Скарлатина 101, 400
— реакция Дика 410
Склерема у детей 189
Склерит 306
Склеродерма 189
Склеродермия 332
— системная 57
Склерома дыхательных путей 293
Сколиоз 165
Слезотечение 306
Слоновость 165
Слюнотечение беременных 236
Смешанное вскармливание детей 177
Сосудистая недостаточность острая 57
Сотрясение мозга 264
Спазмофилия при рахите 205
Спасокукоцкого — Кочергина способ подготовки рук 128
Спирометрия 359
Спирохетоз клещевой 85
Спондилоартрит анкилозирующий 15
Спондилолистез 165
Спринцевание 366
Стеноз левого венозного отверстия 50
— митральный 50
— устья аорты 51
Стенокардия 58
Стилла синдром 59
Столбняк 102
— сроки прививок 407, 411
Стоматит 317
— афтозный 317
Субаортальный стеноз 49
Судорожные состояния 264
Сужение пищевода 165
Сустав болтающийся 166
— воспаление гнойное 166
— — серозное 166
Суставная мышь 166
Сухость во рту 318
«Сучье вымя» см. *Гидраденит*
Съёгрена синдром 63
Сывороточная болезнь 58

Таз женский 237
Талькоз 45
Тахикардия пароксизмальная 10
— синусовая 9
Текома 254
Телеангиэктазия наследственная геморрагическая 17
Температура тела, измерение 359
Тендовагинит гнойный 166
— крепитирующий 166
Тениаринхоз 22
Тениидозы 22
Тениоз 22
Теплолечение 368
Тератобластома яичника 254
Тетания 59
Тетрада Фалло 48
Техника безопасности при работе в электросветолечебных кабинетах 375
Тиреоидит 60
— острый 60
— хронический 60
Тиреотоксикоз см. *Базедова болезнь*
— нарушения психические 282
Тиф брюшной 74, 395
— — материал для исследования 414
— — нарушения психические 270
— возвратный 396
— — клещевой 85
— — материал для исследования 415
— сыпной 103, 401
— — клещевой 86
— — материал для исследования 420
— — нарушения психические 271
Токи Бернара 371
Токсикодермия 332
Токсикоз с эксикозом у детей 206
Токсикоинфекция пищевая 98
— — форма гастроэнтеритическая 99
— — — энтероколитическая 99
Токсикомании 272
Токсический синдром у детей 206
Токсоплазмоз, нарушения психические 276
Толочинова — Роже болезнь 49
Тонзиллит хронический 293
Тонзилло-кардиальный синдром 60
Травма глаз 306
— живота закрытая 159
— орбиты 307
— черепно-мозговая 264
Трахома 308
Трещина заднего прохода 166
— сосков 239
Трихинеллез 22
Трихомоноз 247
Трихофития 332
Трихоцефалез 22
Тромбозы 167
Тромбофлебит 167
— послеродовой 229
— сигмовидного синуса 292
Тромбоцитопеническая пурпура идиопатическая 17
Туберкулез 111
— бронхов 121
— верхних дыхательных путей 121
— выявление 124
— гортани 293
— диспансеризация больных 125
— иммунитет 111
— классификация клиническая 114
— клинические признаки 113
— кожи 333
— костей 167
— легких диссеминированный 116
— — инфильтративный 118
— — кавернозный 119
— — милиарный 116
— — очаговый 117
— — фиброзно-кавернозный 119
— — цирротический 120
— лечение 122
— лимфатических узлов внутригрудных 115
— материал для исследования 420
— методы исследования 113
— органов дыхания 115
— — — первичный комплекс 115
— осложнения 121
— позвоночника 167
— половых губ 257
— почки 168
— прививки 411
— суставов 167
— трахеи 121
— химиопрофилактика 127
Туберкулезная интоксикация у детей и подростков 114
Туберкулема легких 119
Туберкулинодиагностика 111
Туляремия 104, 401
— материал для исследования 420
— прививки 412

УВЧ-терапия 374
Угревая сыпь 319
Удвоение влагалища 245
— матки 245
Узелковый периартериит 60
Укусы змей 168, 385
— насекомых 386
— ос 386
— пчел 386
— шершней, шмелей 386
Ультразвук 371
Умственная отсталость см. *Олигофрения*
Уремия, нарушения психические 278
— острая 61
— хроническая 63
Уретра, сужение 166
Ухо, повреждения 292
— среднее, воспаление 287
Уход за больным 341
Ушиб мозга 264

Фавус 332
Фарингит 293
Феохромоцитома 62
Фибромиома матки 252
— яичника 253
Фибросаркома кожи 331
Физическое развитие детей 174
Фимоз 168
Флебит пупочной вены 188
Флегмона 168
— век 308
— газовая 135
— дна полости рта 310
— подчелюстной области 318
— слезного мешка 308
— языка 310
Фолликулит 329
Фолликулома 253
Франклинизация 375
Фронтит см. *Воспаление придаточных пазух носа*
Фунгус 188
Фурункул 169
— наружного слухового прохода 294
— носа 294
Фурункулез 169
Фюрбрингера способ стерилизации рук 128

Халазион 309
Хашимото болезнь см. *Тиреоидит*
Хейлит 334
Холангит 62
Холера 105, 402
— материал для исследования 421
— прививки 412
Холецистит 62
— острый 169
— хронический 62
Хорея малая 264

Целиакия см. *Кишечный инфантилизм*
Цирроз печени 63
Цистит 170

Цистицеркоз мозга 264
Чесотка 334
Чума 107, 402
— материал для исследования 421
— прививки 413
Шегрена синдром 63
Шенлейна — Геноха болезнь 17
Шизофрения 280
Шок 57
— анафилактический 7
— кардиогенный см. *Инфаркт миокарда*
— септический 228
— травматический 170
Эзофагит 64
Эйзенменгера комплекс 48
Экзема 334
Экзофтальм 309
Эклампсия 240
Экстрасистолия 9
Электроаэрозольингаляция 375
Электролечение 371
Электросон 371
Электротравма 170
— нервной системы 264
Электрофорез 371
Эмболии 167
Эмпиема плевры 120
Эмфизема легких 64
Эндартериит облитерирующий 170
Эндокардит Либмана — Сакса 57
— септический затяжной 64
— — острый 65
Эндометриоз 257
Эндометриоидная гетеротония 257
Эндометрит 248
Эндомиометрит послеродовой 228
— — гонорейный 228
Эндофтальмит 309
Эндоцервицит 248
Энтеробиоз 23
Энурез см. *Недержание мочи ночное*
Энцефалит(ы) 264
— весенне-летний клещевой 108
— вирусные, материал для исследования 422
— клещевой 265
— — прививки 413
— комариный 109
— летне-осенний 109
— нарушения психические 276
— поствакцинальный 263
— эпидемический Экономо 264
— японский 109
Эозинофильный инфильтрат в легких 65
Эпидермофития 335
Эпididимит 171
Эпилепсия 281
Эритема узловатая 335
— экссудативная многоформная 335
Эритразма 336
Эритремия 65
Эрозия шейки матки 248
Эхинококк легкого 171
— печени 171
Эхинококкоз 23, 171
Эшерихиозы, материал для исследования 415
Язва(ы) 171
— варикозные 336
— голени варикозная 172
— пендинская см. *Лейшманиоз кожный*
пептическая 172
— послеродовая 228
— роговой оболочки 309
— сибирская 100, 400
— — материал для исследования 419
— — прививки 409
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки 66
Яичник, аренобластома 253
— гранулезоклеточная опухоль 253
— киста 252
— кистома 252
— осложнения кист и кистом 253
— фиброма 253
Ясельный возраст детей 173
Ячмень 309
Ящур 109

Предисловие 3
Глава 1. **Внутренние болезни** ***А. В. Сумароков, В. С. Моисеев*** 4
Глава 2. **Инфекционные болезни** ***К. В. Бунин, В. Л. Черкасов*** 68
Глава 3. **Туберкулез** ***Ф. В. Шебанов*** 111
Глава 4. **Хирургические болезни** ***А. Н. Шабанов*** 127
Глава 5. **Детские болезни** ***Л. А. Исаева*** 173
Глава 6. **Акушерство** ***М. Н. Кузнецова*** 208
Глава 7. **Гинекология** ***Т. А. Старостина*** 244
Глава 8. **Нервные болезни** ***С. А. Мельников, Т. А. Карасева*** 258
Глава 9. **Психические болезни** ***Т. Н. Морозова*** 266
Глава 10. **Болезни уха, горла, носа** ***А. Г. Лихачев*** 285
Глава 11. **Глазные болезни** ***Г. С. Куничева*** 295
Глава 12. **Стоматологические болезни** ***Н. Н. Бажанов, М. Н. Жадовский*** . . . 310
Глава 13. **Кожные и венерические болезни** ***Р. С. Бабаянц*** 319
Глава 14. **Уход за больными, лечебные и диагностические процедуры** ***Н. М. Мусуляк*** 341
Глава 15. **Физиотерапевтические процедуры** ***В. М. Воинова*** 367
Глава 16. **Неотложная помощь и лечение при отравлениях лекарственными средствами и химическими веществами** ***П. М. Самыкин*** 377
Глава 17. **Организация и планирование работы фельдшера на участке** ***П. М. Самыкин*** 388
Приложения 395
Мероприятия в отношении больных и лиц, контактировавших с ними, при некоторых инфекционных болезнях ***М. Л. Воловская*** 395
Сроки проведения профилактических прививок и кожных аллергических проб при некоторых инфекционных болезнях ***М. Л. Воловская*** 403
Способы и сроки взятия материала для лабораторных исследований у инфекционных больных ***М. Л. Воловская*** 414
Наиболее часто применяемые дезинфицирующие средства ***М. Л. Воловская*** 423

Предметный указатель 424

СПРАВОЧНИК ФЕЛЬДШЕРА

Зав. редакцией **А. Р. Ананьева**
Редакторы: **С. В. Нарина, Э. М. Попова, Н. М. Карпенко**
Художественный редактор **М. П. Кузнецова**
Переплет художника **В. С. Стуликова**
Технический редактор **З. А. Савельева**
Корректор **С. Р. Даничева**

ИБ 2759

Сдано в набор 07.06.82. Подписано к печати 08.12.82. Т-15793. Формат бумаги 70×100$^{1}/_{16}$. Бумага типографская № 1. Гарн. литер. Печать офсетная. Усл. печ. л. 35,10. Усл. кр.-отт. 70,20. Уч.-изд. л. 60,60. Тираж 350 000 экз. (2-й завод 100 001—200 000 экз.). Заказ № 866. Цена 3 р. 70 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Ордена Октябрьской Революции, ордена Трудового Красного Знамени Ленинградское производственно-техническое объединение «Печатный Двор» имени А. М. Горького Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 197136, Ленинград, П-136, Чкаловский пр., 15.

DjVu
Оцифровано: 06.07.2021
Оборудование: Фотостанок
Оцифровщик: Hamster Gules

3р.70к.

МЕДИЦИНА 1983